

Leichsenring, Fanni

Zwangsstörungen – das Leiden Betroffener im täglichen Leben

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Leichsenring, Fanni

Zwangsstörungen – das Leiden Betroffener im täglichen Leben

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Erstprüferin: Frau Prof. Dr. Wedler

Zweitprüferin: Frau Prof. Dr. Weber-Unger-Rotino

Bibliographische Beschreibung und Referat

Leichsenring, Fanni:

Zwangsstörungen - das Leiden Betroffener im täglichen Leben. 49 S.
Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit,
Bachelorarbeit, 2013

Referat:

Diese Bachelorarbeit hat das Krankheitsbild der Zwangsstörungen zum Inhalt. Einerseits befasst sie sich mit den Zwangsstörungen aus medizinischer Sicht. Hierbei wird ein Einblick in das Krankheitsbild der Zwangsstörungen gegeben. Andererseits wird in dieser Bachelorarbeit aufgezeigt, wie sehr die Erkrankten unter ihrer psychischen Störung im alltäglichen Leben leiden. Das wird ausführlich an dem Beispiel des Waschzwanges dargestellt. Schließlich werden Möglichkeiten der Behandlung von Zwangserkrankungen aufgezeigt. Neben den medizinischen sowie therapeutischen Hilfsangeboten bietet auch das Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten, die zu einem erfolgreichen Umgang mit Zwangserkrankungen beitragen.

Die Recherchearbeiten zu dieser Thematik wurden von der Autorin ausschließlich aus der Literatur entnommen.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	4
1. Der Begriff der Zwangsstörung	5
1.1 Definition Zwangsstörung	6
1.2 Zwangsgedanken	8
1.3 Zwangshandlungen	9
2. Formen der Zwangserkrankungen	11
2.1 Kontrollzwänge	11
2.2 Zwanghaftes Horten	13
3. Spezifik der Zwangsstörungen	14
3.1 Ursachen und Verlauf	14
3.2 Zwangsstörungen und Komorbidität	17
4. Zwang im Alltag	19
4.1 Zwang als ungebetener Gast	19
4.2 Rolle des sozialen Umfelds	22
5. Waschzwang als typisches Beispiel einer Zwangserkrankung	25
5.1 Besonderheiten des Waschzwanges	26
5.2 Waschzwang und Rituale	28
5.3 Folgen des Waschzwanges	32
6. Wege aus dem Zwang	33
6.1 Medizinische Maßnahmen	34
6.2 Psychotherapie	36
6.3 Soziale Arbeit	39
7. Schlusswort	43
8. Literaturverzeichnis	47
9. Selbstständigkeitserklärung	49

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
ebd.	ebenda
ICD	International Classification of Diseases - Diagnoseklassifikationssystem ¹
HIV-Virus	human immunodeficiency virus - menschliches Immunschwächevirus ²
u. a.	unter anderem
z. B.	zum Beispiel

1 vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.), <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/>, 08.05.2013

2 vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), http://www.gib-aids-keine-chance.de/wissen/hiv_aids.php, 08.05.2013

Vorwort

In Deutschland leiden schätzungsweise 2 Millionen Menschen unter der Erkrankung der Zwangsstörung. Bei dieser psychischen Störung handelt es sich um eine sogenannte heimliche Krankheit, sodass die Dunkelziffer der Anzahl der Erkrankten tatsächlich höher ist. Zwangsstörungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen und liegen nach den Depressionen, Ängsten und Suchterkrankungen an vierter Stelle.³ Dabei gehen Forscher davon aus, dass die soziale Schicht, der eine Person angehört, sowie die Intelligenz einer Person keinen großen Einfluss auf das Vorkommen der Erkrankung haben.⁴

Zwangsstörungen haben viele Erscheinungsformen, sie besitzen jedoch die Gemeinsamkeit, dass die Betroffenen in jeglicher Art und Weise in ihrem alltäglichen Leben massiv eingeschränkt sind.⁵ Für gesunde Menschen ist es unvorstellbar, wie sehr betroffene Personen unter ihrer Zwangserkrankung leiden. Bildlich lässt sich der Zwang mit einem ungebetenem Gast vergleichen, welcher in den Körper der Erkrankten eindringt und dort ein Eigenleben entwickelt. Der innelebende Feind versucht, mit allen Mitteln Macht über die Betroffenen zu erlangen. Dies geschieht nicht etwa nur für ein paar Minuten täglich. Wenn der ungebetene Gast erst einmal ein eigenständiges Leben entwickelt hat, ist er 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche mit all seinen Kräften vorhanden. Diese Situation bringt die Betroffenen meist bis in den Zustand der völligen Erschöpfung. Schlimmstenfalls werden im Laufe der Zeit auch Partner/Innen oder andere Angehörige in Zwangsrituale eingebunden.⁶ Für Nichterkrankte ist es weiterhin kaum nachvollziehbar, wie weit der in den Erkrankten „innewohnende Feind“ die Handlungen der Betroffenen bestimmen kann und ihnen letztendlich jegliche Selbstbestimmung nimmt. Diesen Zustand beschreiben die Betroffenen mit dem Befinden, als würde ihnen die Luft zum Atmen genommen werden.⁷

3 vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. XI

4 vgl. Reinecker, 1991, S. 11

5 vgl. Beckmann, 2008, S. 9

6 vgl. ebd., 2008, S. 53

7 vgl. ebd., 2008, S. 51

Diese Bachelorarbeit klärt über die heimliche Erkrankung der Zwangsstörung auf, der sowohl die Betroffenen als auch deren Angehörige ratlos gegenüberstehen. Dabei soll besonders darauf eingegangen werden, wie sehr die erkrankten Personen und deren Angehörige unter der psychischen Erkrankung leiden.

Im ersten Teil der Bachelorarbeit wird auf das Krankheitsbild der psychischen Störung eingegangen. Hierbei werden neben der Definition der Erkrankung auch die verschiedenen Formen der Zwangserkrankungen vorgestellt. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass in der Literatur meist nur der Waschzwang sowie der Kontrollzwang beschrieben werden. Im weiteren Verlauf der Bachelorarbeit werden ansatzweise die Ursachen sowie die Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen aufgezeigt.

Der zweite Teil dieser Bachelorarbeit beschäftigt sich mit dem alltäglichen Leben der Erkrankten. Hier soll vor allem der Waschzwang als ausführliches Beispiel aufgezeigt werden, um das Leid der Betroffenen zu verdeutlichen. Schließlich wird ein Einblick in die verschiedenen Hilfsmöglichkeiten gegeben. In diesem Abschnitt wird unter anderem die Rolle der Sozialen Arbeit hervorgehoben. Aus Erfahrung der Autorin leisten Sozialarbeiter/Innen den kleinsten Beitrag zur Unterstützung der Bewältigung der Zwangserkrankungen. Dennoch bieten sie den Betroffenen vor allem durch ambulante Angebote Hilfe zur Selbsthilfe.

Als Vorbemerkung muss noch erwähnt werden, dass in dieser Bachelorarbeit die beiden Wörter „Betroffene“ und „Erkrankte“ als Synonym verwendet werden. Sie beziehen sich sowohl auf das weibliche als auch auf das männliche Geschlecht.

1. Der Begriff der Zwangsstörung

Zunächst wird der Begriff der Zwangsstörung erklärt. In diesem Zusammenhang spielen vor allem Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, welche einen Bestandteil der Diagnose ausmachen, eine bedeutende Rolle.⁸

⁸ vgl. Sartory, 1997, S. 106

1.1 Definition

Hinter dem Begriff der Zwangserkrankung verbergen sich verschiedene Erscheinungsformen von bestimmten Verhaltensweisen. Hierzu zählen zunächst unbedenkliche Gewohnheiten, welche jedoch bei Ausprägung der Krankheit in einem gestörten Verhalten münden können. Diese gleitende Veränderung von harmlosen bis hin zu einschränkenden Verhaltensmustern geschieht meist unbemerkt. Von Zwangsstörungen oder auch -erkrankungen wird dann gesprochen, wenn Handlungen oder Denkweisen nicht mehr den üblichen Verhaltensmustern entsprechen, sondern so stark von ihnen abweichen, dass der Alltag der Erkrankten dadurch massiv beeinträchtigt wird.⁹ Die Zwangsstörung ist als psychische Erkrankung im ICD-10 unter dem Kürzel F42 aufgeführt. Die unter der Nummerierung genannte Diagnose beinhaltet drei untergeordnete Kategorien, bei denen zwischen einer Zwangserkrankung mit Zwangsgedanken, einer Zwangserkrankung mit Zwangshandlungen sowie einem Mischtyp unterschieden wird.¹⁰ Um allerdings überhaupt diese Diagnose der Zwangsstörung vergeben zu können, müssen bei den Betroffenen drei bestimmte Merkmale vorhanden sein. Das erste charakteristische Krankheitskennzeichen ist, dass Betroffene sich innerlich gedrängt fühlen, einer bestimmten Tätigkeit nachgehen bzw. bestimmte Dinge denken zu müssen. Dies geschieht subjektiv. Ein weiteres Merkmal besteht darin, dass sich die Personen gegen die vorhandenen unangenehmen Gedanken und Handlungen wehren und dabei versuchen, sich dem passiv und aktiv zu widersetzen. Das dritte Krankheitsanzeichen lässt die Personen selbst zu der Erkenntnis gelangen, dass ihre zwanghaften Gedanken und Handlungen für sie letztendlich keinen Nutzen bringen. Um die Kennzeichen für eine Zwangserkrankung feststellen zu können, müssen Fachärzte/Innen oder Psychologen/Innen ausführliche Tests

⁹ vgl. Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. (Hrsg.), http://www.zwaenge.de/diagnose/frameset_diagnose.htm, 30.04.2013

¹⁰ vgl. Zaudig, Hauke und Hegerl (Hrsg.), 2002, S. 19

sowie Befragungen mit den Patienten/Innen durchführen.¹¹ Zu den Äußerungsformen eines Zwanges zählen Waschzwänge, Kontrollzwänge, Zählzwänge sowie Gedankenzwänge.¹²

Betroffene, welche unter einer Zwangserkrankung leiden, weisen somit gestörte Verhaltensweisen auf, bei denen sie sich gezwungen fühlen, eine bestimmte Aktivität wiederholt durchzuführen. Ihnen zwingt sich der Drang auf, einen bestimmten Gedanken umsetzen zu müssen, obwohl ihnen bekannt ist, dass die daraus resultierenden Handlungen einem vernunftswidrigen Verhalten entsprechen. Sie können demnach ihre Verhaltensweisen aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr kontrollieren. Nach der durchgeführten, zwanghaften Handlung stellt sich bei den Erkrankten - zumindest kurzzeitig - eine Erleichterung ein, welche auch mit einem Glücksgefühl vergleichbar ist. Zwänge gehen in den meisten Fällen mit Angst einher.¹³ Es können aber auch Gefühle wie beispielsweise innere Unruhe oder Anspannung bei den Betroffenen auftreten, die nach Beendigung der Zwangshandlung neutralisiert werden.¹⁴

In Verbindung mit Zwangshandlungen treten bei den Erkrankten auch sogenannte Zwangsgedanken bzw. -vorstellungen auf. Sowohl die Zwangshandlungen als auch die sich aufdrängenden Zwangsgedanken stellen für Betroffene eine enorme Belastung dar.¹⁵

Letztendlich dreht sich das alltägliche Leben der Erkrankten nur noch um die Auseinandersetzung mit den wiederholt aufdrängenden Zwängen, die wiederum negative Folgen für das tägliche Leben der Betroffenen mit sich bringen.¹⁶

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich eine Zwangserkrankung bei den Betroffenen gedanklich durch sich aufdrängende Zwangsgedanken oder aktiv in zwanghaften Handlungen sowie Ritualen äußert. Auf diesen als bedrohlich erlebten Zwang reagieren die Erkrankten mit

11 vgl. Reinecker, 1991, S. 4/5

12 vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 77

13 vgl. Rachman, 2000, S. 143

14 vgl. Reinecker, 1991, S. 4

15 vgl. Sartory, 1997, S. 106

16 vgl. Rachman, 2000, S. 147/148

bestimmten Verhaltensweisen, die ihnen helfen, diesem Zustand entgegenzuwirken und welche sie daraufhin zur Abwendung des unangenehm erlebten Zustandes vermehrt anwenden. Dadurch wird die Bedrohung für die Betroffenen neutralisiert und es entwickeln sich daraus zwanghafte Verhaltensweisen.¹⁷

1.2 Zwangsgedanken

Zwangsstörungen werden einerseits durch Zwangsgedanken und andererseits durch Zwangshandlungen charakterisiert.¹⁸ Zwanghafte Gedanken unterscheiden sich von alltäglichen, indem sie aus einer Situation heraus in Verbindung mit bestimmten Reizen entstehen und dabei die Betroffenen auf massive Weise überwältigen. Sie werden als störend sowie beeinträchtigend empfunden, da sie sich nicht mehr wegdenken lassen. Des Weiteren drängen sich die Vorstellungen aus dem Inneren der erkrankten Personen auf. Die Fiktionen wirken daher nicht von außen auf die Betroffenen ein. Inhaltlich kreisen die Gedanken je nach Art des Zwanges um Themen wie z. B. Verschmutzung oder Symmetrie.¹⁹

Zwangsgedanken zeigen sich bei den Betroffenen, indem die Erkrankten beginnen, zwanghaft an einer Sache zu zweifeln oder sich ihnen zwanghaft bestimmte Vorstellungen aufdrängen.²⁰ Zwangserkrankte wissen zunächst, dass die sich ihnen aufdrängenden Gedanken nur Vorstellungen sind. Ihnen ist es dabei allerdings nicht möglich, diese Gedanken auszuschalten. Somit beeinflussen die Fiktionen maßgeblich das Verhalten der Betroffenen und treten somit immer häufiger auf.²¹ Da sich die Fiktionen nicht steuern lassen, lösen sie bei den Erkrankten u. a. Angst, Erregungszustände oder Abscheu aus. Die Betroffenen entwickeln Schuldgefühle, wenn ihnen bewusst wird, welche Inhalte ihre Gedanken annehmen, da diese möglicherweise in einigen Fällen sogar ihren Werten sowie Moralvorstellungen widersprechen. Dies kann beispielsweise der

¹⁷ vgl. Schmidt-Traub, 2006, S. 9/10

¹⁸ vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 123

¹⁹ vgl. Schmidt-Traub, 2006, S. 15

²⁰ vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 123

²¹ vgl. ebd., 2005, S. 131

Fall sein, wenn erkrankte Personen gedanklich einem anderen Menschen Gewalt zufügen möchten. Die Betroffenen versuchen, diese auftretenden Zwangsgedanken zu vermeiden. Dieser Versuch bleibt jedoch meist erfolglos.²² Die Erkrankten wissen letztendlich nicht mehr, welcher Zustand für sie realistisch ist. Folglich können sie die Realität und ihre zwanghaften Vorstellungen nicht mehr voneinander trennen. Dieser Zustand spitzt sich soweit zu, dass die Betroffenen schließlich ihre bedrohlichen Gedanken als realistisch empfinden und die Zwangshandlung ausgeführt wird.²³ Häufig versuchen die Erkrankten auch, die sich aufzwingenden Gedanken zu unterdrücken. Dies führt jedoch in einen Teufelskreis, da die Zwangsgedanken nun noch verstärkter und zahlreicher auftreten. Andererseits versuchen Betroffene mithilfe ablenkender Verhaltensweisen die Zwangsgedanken abzuschwächen. Dieser Vorgang kann dazu führen, dass die neutralisierend wirkende Handlung verstärkt angewandt wird, da sie ein befreiendes Gefühl hervorruft und zum zwanghaften Verhalten führt.²⁴

Beispiele für Zwangsgedanken sind das Sichanstecken mit bestimmten Krankheiten oder die Angst vor Verschmutzung. Dabei würde sich den Betroffenen nach dem Benutzen der Toilette folgender Zwangsgedanke aufdrängen: aufgrund dessen, dass sie mit vielen Bakterien und Krankheitserregern in Verbindung gekommen sind, könnten sie sich mit Kot verunreinigt oder mit einer Krankheit angesteckt haben.²⁵

1.3 Zwangshandlungen

Aus den vorherigen Abschnitten geht bereits hervor, dass Zwangshandlungen eine Folge der Zwangsgedanken sein können. Es gibt auch die Möglichkeit reiner Zwangsgedanken.²⁶ Zwar nimmt man eine Unterscheidung zwischen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen vor, es kann jedoch im Verlauf der Krankheit dazu kommen, dass sich dieser

²² vgl. Schmidt-Traub, 2006, S.15-17

²³ vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 131

²⁴ vgl. Schmidt-Traub, 2006, S. 15-17

²⁵ vgl. Zaudig, Hauke und Hegerl (Hrsg.), 2002, S. 5

²⁶ vgl. Schmidt-Traub, 2006, S. 17

Zusammenhang aufhebt. Der Vorgang des bewussten Erlebens der Zwangsgedanken entfällt, stattdessen setzen sofort die auszuführenden Zwangshandlungen ein, da diese als Rituale schon zu stark verinnerlicht worden sind. Die Zwangshandlungen dienen folglich nicht mehr als Entlastung der Zwangsgedanken, sondern werden von den Betroffenen vermehrt ausgeführt. So wird immer mehr Zeit für das Zwangsritual verwendet. Die Abstände zwischen den Zwangshandlungen verkürzen sich.²⁷

Die Ursache für das Durchführen der zwanghaften Handlung ist der sich im Körper der Betroffenen anstauende psychische Druck, welcher sich nicht unterbinden lässt und bei den Erkrankten nur durch bestimmte zwanghafte Handlungen abgebaut wird. Dieses ausgeübte Verhalten wird in ritualisierter und wiederholter Form angewandt.²⁸ Man bezeichnet Zwangshandlungen folglich auch als stereotyp.²⁹ Zwangshandlungen können sich durch beobachtbare Verhaltensweisen, die im Zusammenhang mit Ordnung, Sauberkeit und Kontrolle stehen, äußern.³⁰

Die betroffenen Personen empfinden ihr zwanghaftes Verhalten selbst als unangebracht und beschreiben dieses als sinnlos. Ohne therapeutische Hilfe gelingt es ihnen nicht, den Zwang vollkommen zu unterbinden. In manchen Situationen ist es für die Betroffenen nicht möglich, die Zwangshandlung sofort an Ort und Stelle durchzuführen. Sie können ihre Krankheit dann nur insoweit kontrollieren, indem beispielsweise eine Verschiebung des Zeitpunktes der Zwangsausübung stattfindet.³¹ Jedoch verspüren die Erkrankten über den Zeitraum des Aufschiebens starke Unruhezustände bzw. Erregungszustände. Ist die Zwangshandlung vollzogen, kann der Fall eintreten, dass das Ergebnis für die betreffenden Personen nicht zufriedenstellend ist, deshalb wird die Ausführung der Handlung noch einmal von vorn begonnen.³² Diese Vorgehensweisen

27 vgl. Zaudig, Hauke und Hegerl (Hrsg.), 2002, S. 9

28 vgl. Schmidt-Traub, 2006, S. 17

29 vgl. Rachman, 2000, S. 146

30 vgl. Schmidt-Traub, 2006, S. 17

31 vgl. Rachman, 2000, S. 146

32 vgl. Schmidt-Traub, 2006, S. 17

lassen darauf schließen, dass das alltägliche Leben Zwangserkrankter stark eingeschränkt ist und somit ein starker Leidensdruck bei den Betroffenen vorhanden ist.³³

Ein Beispiel für eine Zwangshandlung ist das von den Erkrankten übertriebene Durchführen von wiederholten Putzritualen, um Verschmutzung zu vermeiden.³⁴

2. Formen der Zwangserkrankungen

Zwangserkrankungen können in vielfältiger Art und Weise zum Ausdruck kommen. Die Form der Zwangsstörung kann sich im Verlauf des Lebens ändern.³⁵ Zu den am häufigsten vorkommenden Arten der Zwangserkrankungen zählen die Wasch- sowie die Kontrollzwänge.³⁶ Neben diesen beiden Formen sind Ordnungs-, Gedanken-, Zähl- sowie Wiederholungszwänge, verbale Zwänge, die primäre zwanghafte Langsamkeit oder zwanghaftes Sammeln bzw. Aufbewahren bekannt.³⁷ Nachfolgend werden zwei Formen von Zwangserkrankungen vorgestellt, welche dem Oberbegriff des zwanghaften Zweifels zuzuordnen sind.³⁸

2.1 Kontrollzwänge

Hinter dem Begriff der Kontrollzwänge verbergen sich einerseits verdeckte, also in Gedanken begangene und andererseits offene, demnach ausgeführte Zwangshandlungen.³⁹ Kontrollzwänge zielen darauf ab, negative Folgen einer Situation zu verhindern. Dies kann auf die eigene Person oder andere Personen bezogen sein. Weiterhin haben Kontrollzwänge für die Betroffenen meist das Ziel, künftige Situationen in überaus hohem Maße präventiv vorzubeugen. Das Handeln kann jedoch auch auf

³³ vgl. Rachman, 2000, S. 146

³⁴ vgl. Schmidt-Traub, 2006, S.18/19

³⁵ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 16

³⁶ vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 77

³⁷ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 15-20

³⁸ vgl. Süllwold, Herrlich und Volk, 1994/ 2001, S. 9/10

³⁹ vgl. Fricke und Hand, 2007, S. 18

die Gegenwart gerichtet sein.⁴⁰ In nahezu jedem Lebensbereich können bei den Betroffenen zeitaufwendige Kontrollzwänge auftreten.⁴¹

Typisch für Kontrollzwänge ist, dass die Erkrankten zwanghaft an einer Situation zweifeln und diese daraufhin ständig wiederholt ausführen müssen. Ein Ende der jeweiligen Zwangshandlung kann dabei nur schwer gefunden werden. Das Kontrollieren der jeweiligen Situation durch die zwanghaft vollzogenen Handlungen steht dabei in keinem Verhältnis mit den vermutlich eintretenden schwerwiegenden Folgen. Erkrankte, die unter einem Kontrollzwang leiden, haben das ständige Empfinden, eine bestimmte Handlung könnte von ihnen nicht ordnungsgemäß und vollständig durchgeführt worden sein.⁴² Folglich tritt bei den Betroffenen eine ständige innerliche Angst auf. Dabei werden sie von dem Gedanken begleitet, dass durch sie begangene Fehltaten negative Auswirkungen auf sich selbst oder andere Personen haben könnten.⁴³ Diese Befürchtungszustände äußern sich bei den Betroffenen in Ungewissheiten bis hin zu katastrophalen Befürchtungsannahmen. Sie gehen einher mit starker innerlicher Anspannung sowie Unruhe.⁴⁴ Erst wenn die Erkrankten die jeweilige Situation als überaus sicher empfinden, ist es ihnen möglich, die Kontrollrituale zu unterlassen. Der Zustand von Sicherheit stellt sich bei den Erkrankten jedoch zunehmend später ein. Dadurch nehmen die Kontrollhandlungen immer mehr Zeit in Anspruch.⁴⁵

Beispiele für Kontrollzwänge können das ständig wiederholte Überprüfen der bereits verschlossenen Haustür sein. Oder die erkrankten Personen kontrollieren zum wiederholten Male, ob sie die Herdplatten abgestellt und den Stecker der Kaffeemaschine aus der Steckdose gezogen haben. Äußerungsformen des Kontrollzwanges lassen sich bei Betroffenen auch darin wiederfinden, dass sie in Gedanken vergangene Situationen wiederholt durchlaufen, um nach möglichen durch sie begangenen Fehlern mit

40 vgl. Rachman, 2000, S. 149

41 vgl. Süllwold, Herrlich und Volk, 1994/2001, S. 9

42 vgl. ebd., 1994/2001, S. 8-10

43 vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 16/17

44 vgl. Hoffmann, 1999, S. 78

45 vgl. ebd., 1999, S. 79

gravierenden Folgen zu suchen.⁴⁶

2.2 Zwanghaftes Horten

Ebenso wie die Kontrollzwänge gehört das zwanghafte Horten dem Oberbegriff des zwanghaften Zweifels an.⁴⁷ Mit der Bezeichnung des zwanghaften Hortens ist das Sammeln oder Aufbewahren von Gegenständen gemeint.⁴⁸ Diese unterliegen keinem Auswahlverfahren. Deshalb werden auch nutzlose Gegenstände aufbewahrt.⁴⁹ Aus Angst vor den Konsequenzen, welche mit dem Verlust der Gegenstände einhergehen könnten, werden die gesammelten Dinge von den Betroffenen nicht mehr entsorgt, sondern weiterhin aufbewahrt.⁵⁰

Die Erkrankten sind in ihrem Prozess des zwanghaften Sammelns von einer solchen Unsicherheit geprägt, dass sie nicht unterscheiden können, ob ein Gegenstand tatsächlich wertvoll oder wertlos ist.⁵¹ Außerdem befürchten die Betroffenen, sie könnten die gehorteten Gegenstände noch einmal benötigen. Dadurch ist es für sie unvorstellbar, diese für sie wichtigen Dinge zu beseitigen. Die Erkrankten sehen im Entsorgen von Gegenständen eine bedrohliche Situation. Sie haben Angst, dass durch das Wegwerfen der Dinge für sie Schäden - beispielsweise finanzieller Art - entstehen könnten.⁵² Daher werden immer mehr Gegenstände von den Betroffenen aufbewahrt. Die Folgen sind, dass sich der zu nutzende Wohnraum der Erkrankten stetig verkleinert und immer mehr Unordnung entsteht. Der Prozess geht letztendlich mit dem Verlust des Überblickes über die Gesamtsituation einher.⁵³

Die Erkrankten sammeln beispielsweise Pappschachteln oder Plastikbehälter. Die Zwangserkrankung kann soweit fortschreiten, dass die

46 vgl. Süllwold, Herrlich und Volk, 1994/2001, S. 8-10

47 vgl. ebd., 1994/2001, S. 10

48 vgl. Schmidt-Traub, 2006, S. 85

49 vgl. Süllwold, Herrlich und Volk, 1994/2001, S. 10

50 vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 19

51 vgl. Süllwold, Herrlich und Volk, 1994/2001, S. 10

52 vgl. Schmidt-Traub, 2006, S. 85

53 vgl. Süllwold, Herrlich und Volk, 1994/2001, S. 10

betroffenen Personen nicht einmal mehr in der Lage sind, Müll - wie z. B. Joghurtbecher oder benutztes Backpapier - zu entsorgen.⁵⁴ Außerdem heben die Erkrankten neben funktionierenden oftmals auch defekte Gebrauchsgegenstände auf. Daraus wird deutlich, dass die von den Betroffenen aufbewahrten Gegenstände nicht immer einen Nutzen haben müssen.⁵⁵

3. Spezifik der Zwangsstörungen

In diesem Abschnitt werden die Zwangsstörungen hinsichtlich ihrer Spezifik betrachtet. Neben den Ursachen, welche für die Entstehung dieser Erkrankung verantwortlich sein können, wird auf den Verlauf der Zwangsstörungen eingegangen. In diesem Zusammenhang werden das Alter für einen Erkrankungsbeginn sowie das Vorkommen hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede aufgezeigt. Zwangserkrankungen können mit anderen psychischen Erkrankungen begleitend einhergehen. Die Komorbidität von Zwangsstörungen wird im darauffolgenden Abschnitt genauer betrachtet.

3.1 Ursachen und Verlauf

Im Hinblick auf die Ursachen einer Zwangserkrankung spielen verschiedene Faktoren eine Rolle.⁵⁶ Sowohl genetische Veranlagungen als auch Umweltfaktoren tragen zur Entstehung einer solchen psychischen Erkrankung bei.⁵⁷ Zwangsstörungen entstehen gewöhnlich nicht plötzlich, sondern sie entwickeln sich eher schleichend. Zudem ist es möglich, dass die Auslöser anfangs noch nicht erkennbar sind.⁵⁸ Nicht alle nachfolgend aufgeführten Faktoren bedingen eine Zwangserkrankung bei jedem Erkrankten gleichermaßen, sodass bei jedem Menschen individuell auf dessen Ursachen für das Auslösen einer Zwangserkrankung eingegangen

⁵⁴ vgl. Süllwold, Herrlich und Volk, 1994/2001, S. 10

⁵⁵ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 19

⁵⁶ vgl. Fricke und Hand, 2007, S. 45

⁵⁷ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 23

⁵⁸ vgl. Beckmann, 2008, S. 15

werden muss.⁵⁹

Persönlichkeitsmerkmale: Charaktereigenschaften zählen unter anderem zu den Faktoren, welche für die Entstehung von Zwangserkrankungen bedeutend sind. Manche Menschen besitzen ganz bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, welche sie für solch eine psychische Störung eher anfällig werden lassen.⁶⁰ Zu solchen Charaktereigenschaften, die der französische Psychiater Pierre Janet in Zusammenhang mit der Entstehung einer Zwangserkrankung bringt, zählen z. B. Streben nach Ordnung, Geiz oder auch Eigensinnigkeit.⁶¹

Biografische Lebensereignisse: Eine weitere Ursache für die Entstehung einer Zwangserkrankung können biografische Ereignisse sowie persönliche Lebenserfahrungen sein. Ebenso zählen nicht bewältigte Lebensereignisse, bestimmte Stresssituationen oder Anforderungen, denen Personen ausgesetzt sind, zu den Ursachen. Fehlen hierbei ausreichende Bewältigungsstrategien für diese einschneidenden Lebensereignisse, können Traumata hervorgerufen und dadurch Zwangserkrankungen ausgelöst werden. Die bedrohlichen Lebensereignisse wirken sich negativ auf das emotionale Befinden der betroffenen Personen aus. Es entstehen eine starke innerliche Anspannung sowie Verunsicherung. Die Abwehr dieser innerlich erlebten Bedrohung kann durch bestimmte erlernte Verhaltensweisen zu einer Zwangserkrankung führen.⁶²

Bewältigungsverhalten: Als weitere Ursachen für diese psychische Erkrankung gelten auch bestimmte Lernmodelle, welche im Zusammenhang mit Zwangserkrankungen besonders bedeutend sind.⁶³ Lernmodelle können einerseits durch die Erziehung bedingt übermittelt und andererseits auch selbstständig erlernt werden. So erleben die Betroffenen bestimmte Lebensereignisse als eine massive Bedrohung. Diese Erfahrungen können nun dazu führen, dass die betreffenden Personen aus ihrem gewohnten Leben gerissen werden. Aufgrund dieser erschüt-

⁵⁹ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 23

⁶⁰ vgl. Beckmann, 2008, S. 15

⁶¹ vgl. Sartory, 1997, S. 107

⁶² vgl. Beckmann, 2008, S. 15-18

⁶³ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 25

ternden, überwältigenden sowie überfordernden Situation wenden Personen bestimmte Verhaltensweisen an, die ihnen helfen, diesen Zustand der Bedrohung kurzzeitig zu verringern bzw. mit ihm umzugehen. Somit entstehen Zwangsrituale, welche die Betroffenen mit Hilfe von Lernmodellen erlernen, um ihre Angst abzuschwächen oder zu neutralisieren. In diesem Fall wird die Situation, die bei den Erkrankten Angst auslöste, verdrängt und gelangt somit ins Unbewusste, sie steuert jedoch weiterhin maßgeblich deren Verhalten.⁶⁴

Im Zusammenhang mit den Ursachen von Zwangserkrankungen sind schließlich auch genetische bzw. biologische Faktoren zu benennen.⁶⁵

Der Verlauf einer Zwangserkrankung stellt sich folgendermaßen dar: Zu Beginn der Erkrankung erfüllte die Bewältigung eines Problems mit Hilfe einer angewandten Verhaltensweise einen bestimmten Zweck. Im weiteren Krankheitsverlauf entwickeln sich daraus zunehmend ritualisierte Handlungen. Nun erscheint die Handlungsweise, die zur Problembewältigung diente, den Erkrankten nicht mehr nützlich, sondernengt sie in ihren Gedanken sowie in ihren Tätigkeiten ein.⁶⁶ Außerdem wird im Anfangsstadium einer Zwangserkrankung das zwanghafte Verhalten nur dann ausgeführt, wenn die erkrankten Personen Angst verspüren. Im weiteren Verlauf der Erkrankung tritt der Zustand ein, dass zwanghaftes Verhalten schon vorbeugend angewendet wird, auch wenn noch keinerlei Bedrohung vorhanden ist.⁶⁷ Personen, welche unter einer Zwangsstörung leiden, durchlaufen verschiedene Krankheitsabschnitte. Bei manchen Betroffenen sind Krankheitsphasen zu verzeichnen, in denen sich der Zwang stärker oder schwächer bemerkbar macht. Die Zwangserkrankungen werden überwiegend durch einen chronischen Verlauf mit einem schleichenden Zustand der Verschlechterung geprägt.⁶⁸ Haben sich die Zwangshandlungen bzw. -gedanken zu einem Ritual verfestigt, ist es ohne profes-

⁶⁴ vgl. Beckmann, 2008, S. 15-19

⁶⁵ vgl. Fricke und Hand, 2007, S. 45

⁶⁶ vgl. Schmidt-Traub, 2006, S. 119

⁶⁷ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 25

⁶⁸ vgl. ebd., 2010, S. 20

sionelle Hilfe kaum möglich, die Erkrankung zu therapieren.⁶⁹

Zwangserkrankungen können schon im Kindesalter entstehen. In wenigen Fällen treten Zwangsrituale im Lebensalter von 5 bis 8 Jahren auf, vereinzelt noch früher. Wesentlich häufiger entwickeln sich Zwangserkrankungen im Alter zwischen 10 und 13 Jahren. In der Zeitspanne vor der Pubertät sind es die Jungen, die diesbezüglich erste Anzeichen für diese psychische Störung entwickeln. Bei den Mädchen geschieht dies zumeist während der pubertären Phase. Jungen leiden in der vorpubertären Phase häufiger unter Zwängen, deren Verlauf sich gravierender entwickelt als bei Mädchen. Ein weiteres Lebensalter, in dem es vermehrt zur Ausbildung von Zwängen kommen kann, liegt im 22. bis 25. Lebensjahr.⁷⁰ Generell gilt, dass die Zwangserkrankungen bei Frauen abrupter auftreten, hingegen entwickeln sie sich bei Männern eher schrittweise. Geschlechtsunterschiede, die die Häufigkeit des Auftretens betreffen, sind nicht zu verzeichnen, denn sowohl Frauen als auch Männer leiden ungefähr in gleicher Anzahl unter einer Zwangsstörung.⁷¹ Blickt man jedoch auf die verschiedenen Erscheinungsformen von Zwängen, zeigt sich, dass beispielsweise die Anzahl der Frauen, die an Waschzwängen erkrankt sind, höher ist als bei Männern.⁷²

3.2 Zwangsstörungen und Komorbidität

Mit Komorbidität ist gemeint, dass bei den betroffenen Personen neben der Erkrankung an einer Zwangsstörung weitere psychische Erkrankungen vorhanden sein können. Dabei handelt es sich um Mehrfachdiagnosen. In der Literatur findet man Aussagen, die belegen, dass die Anzahl der Betroffenen, die unter Zwangserkrankungen in Komorbidität mit einer anderen psychischen Störung leiden, zwischen 20 und 90 % liegt.⁷³

Nach aktuellen Forschungen werden Zwangserkrankungen nicht mehr zur

⁶⁹ vgl. Schmidt-Traub, 2006, S. 57

⁷⁰ vgl. ebd., 2006, S. 35/36

⁷¹ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 20

⁷² vgl. Rachman, 2000, S. 147

⁷³ vgl. Schmidt-Traub, 2006, S. 26

Kategorie der Angststörungen gezählt, sondern als eine Krankheitsdiagnose für sich betrachtet.⁷⁴ Angsterkrankungen in Komorbidität mit Zwangserkrankungen spielen dennoch eine bedeutende Rolle, weil Zwänge häufig mit Spannungs- sowie Angstzuständen einhergehen.

Wissenschaftliche Beobachtungen an Patienten zeigen, dass Zwangsstörungen oft in Begleitung von Depressionen auftreten. Einerseits kann die Zwangserkrankung die Depression bedingen, andererseits ist es möglich, dass sich die Betroffenen vorerst in einer depressiven Phase befinden, welche Zwangsstörungen auslöst.⁷⁵ Mitunter kann es zu Fehldiagnosen hinsichtlich beider Krankheiten kommen. Werden die aufdrängenden Gedanken als persönlichkeitsfremd wahrgenommen, spricht man in der Regel von einer Zwangserkrankung. Bei der Depression ist das Grübeln hingegen auf die derzeitige Situation bezogen oder ist Ausdruck der eigenen Meinung der Person.⁷⁶ Für die Behandlung dieser psychisch Kranken ist von großer Bedeutung, dass von Ärzten/Innen, Psychologen/Innen sowie Sozialarbeitern/Innen jederzeit ein Augenmerk auf die möglicherweise vorhandene Suizidgefahr gelegt wird.⁷⁷

In älterer Literatur ist häufig eine Komorbidität zwischen Zwangsstörungen und Schizophrenie zu finden. Neuere Untersuchungen sehen allerdings keinen engen Zusammenhang zwischen den jeweiligen Störungsbildern.⁷⁸ Mehrere Untersuchungen beschäftigten sich mit dem Thema, ob eine Zwangsstörung mit einer zwanghaften Persönlichkeit einhergeht. Die Ergebnisse zeigen, dass die Vermutung einer Komorbidität zwischen einer Zwangsstörung und einer zwanghaften Persönlichkeit nicht haltbar ist. Das könnte unter anderem auf die umfassenden Kriterien der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zurückzuführen sein. Dies rechtfertigt auch, warum bei früheren Analysen die Häufigkeit eines gleichzeitigen Auftretens einer Zwangsstörung mit einer zwanghaften Persönlichkeit bei bis zu 71 % lag. Seitdem die Kennzeichen für die Diagnose einer zwanghaften

74 vgl. Süllwold, Herrlich und Volk, 1994/2001, S. 5

75 vgl. Sartory, 1997, S. 111

76 vgl. Fricke und Hand, 2007, S. 38

77 vgl. Zaudig, Hauke und Hegerl (Hrsg.), 2002, S. 29

78 vgl. Reinecker, 1991, S. 16/17

Persönlichkeit einschränkend spezifiziert wurden, ging diese Häufigkeit weitaus zurück. Somit liegt eine Komorbidität lediglich bei 6 unter 96 Betroffenen vor.⁷⁹

Schließlich gibt es auch noch sogenannte Zwangsspektrums-Erkrankungen, auf die hier nicht ausführlich eingegangen werden soll. Hinter diesem Begriff stehen Krankheiten, die eventuell in Verbindung mit Zwangsstörungen auftreten können oder sich mit ihnen überschneiden. Hierzu gehören beispielsweise Formen der Essstörung, Trichotillomanie - womit das Ausreißen von Haaren, Wimpern oder Augenbrauen gemeint ist - oder Tics, die sich beispielsweise motorisch durch Zucken der Muskeln oder vokalistisch durch Äußerungen von Lauten bemerkbar machen und die sich nicht durch willentliches Handeln vermeiden lassen. Aufgrund dieser auftretenden Zwänge gehören sie der Kategorie der Zwangsspektrums-Erkrankungen an.⁸⁰

4. Zwang im Alltag

Nachdem ein Einblick in das Thema der Zwangsstörung gegeben wurde, wird nun aufgezeigt, wie sehr die Erkrankten im alltäglichen Leben unter ihrer Zwangsstörung leiden. Gleichfalls betroffen ist auch das soziale Umfeld der Erkrankten. Es ist nicht selten der Fall, dass vor allem Angehörige in Beratungsstellen, bei Therapeuten/Innen und Mediziner/Innen um Rat fragen, denn auch sie sind die Leidtragenden. Deswegen finden an dieser Stelle nicht nur die Erkrankten und ihr alltägliches Leben, sondern auch deren soziales Umfeld Erwähnung.

4.1 Zwang als ungebetener Gast

Zunächst wird verdeutlicht, wie Zwänge die Erkrankten bildlich in ihre Fesseln nehmen. Wenn Betroffene unter einem Zwang erkranken, schleicht sich dieser als ungebetener Gast in den Körper der Personen ein und verweilt dort. Er sitzt ganz fest und tief im Inneren des Erkrankten. Der Zwang übernimmt mit der Zeit immer mehr die Oberhand über die

⁷⁹ vgl. Sartory, 1997, S. 111/112

⁸⁰ vgl. Schmidt-Traub, 2006, S. 32/33

Personen, entwickelt stärkere Kräfte und gibt ihnen Kommandos, sodass die Betroffenen nicht mehr frei über ihre Gedanken sowie Handlungen entscheiden können.⁸¹

Zwangserkrankte empfinden ihre Krankheit als eine Plage, da sich immer wieder beängstigende Gedanken in ihre Vorstellung zwingen, die sich nicht abschalten lassen.⁸² Doch nicht nur im täglichen Leben sind die Betroffenen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung in jeder Hinsicht eingeschränkt. Mitunter gibt es Fälle, in denen die Betroffenen sogar in ihren Träumen von ihren Zwängen, damit verbundenen Ängsten oder zwangbesetzten Situationen geplagt werden.⁸³ Dieser Vorgang zehrt enorm an ihren Kräften und kann zu depressiven Stimmungslagen führen. Zwangserkrankte beschreiben ihr Leben als ein Leben in einem Gefängnis, aus dem es keinen Ausweg zu geben scheint.⁸⁴

Häufig empfinden die Betroffenen ihr alltägliches Dasein als ein Leben in zwei getrennten Welten, die es miteinander zu vereinbaren gilt. Einerseits versuchen die Erkrankten den Anforderungen des alltäglichen Lebens gerecht zu werden, andererseits sind sie gezwungen, ihre zwanghaften Rituale durchzuführen. Dem Einen gelingt es dabei, den täglichen Aufgaben noch nachzugehen, während die Anderen fast 24 Stunden nur noch mit ihrem Zwang beschäftigt sind.⁸⁵ Zwangserkrankte haben das Gefühl, sie würden nicht mehr als lebendige Personen den Alltag bestreiten, sondern sie verrichten die Dinge eher automatisch. Innere Empfindungen, wie z. B. Leere, gehen mit diesem Zustand der sogenannten Depersonalisation einher. Außerdem spricht man noch vom Begriff der Derealisation. Hiermit ist gemeint, dass Zwangserkrankte mitunter Situationen als unreal sowie unscharf wahrnehmen. Ursache dieser Wahrnehmungen ist, dass der Zwang sich in den Mittelpunkt der Personen gedrängt hat und somit deren Gefühlswelt vollends einnimmt. Die Folge ist, dass normale Gefühle von den Zwängen völlig überschattet

⁸¹ vgl. Beckmann, 2008, S. 13

⁸² vgl. ebd., 2008, S. 9

⁸³ vgl. ebd., 2008, S. 34

⁸⁴ vgl. ebd., 2008, S. 9

⁸⁵ vgl. Hoffmann, 1999, S. 132

und somit nicht mehr umfassend entfaltet werden. Das bedeutet allerdings nicht, dass die Erkrankten derartige Empfindungen überhaupt nicht mehr wahrnehmen können. Dieser Zustand betrifft lediglich die Zeit, in der sich der Zwang als ungebetener Gast in den betroffenen Personen bemerkbar macht.⁸⁶

Im alltäglichen Leben wird der Handlungsspielraum der Erkrankten durch die Zwangsgedanken sowie -handlungen zunehmend massiv eingeschränkt. Die Betroffenen benötigen einen längeren Zeitraum, in dem sie ihre ritualisierten Handlungen ausführen müssen. Demzufolge werden deren Berufsleben, Freizeitaktivitäten sowie soziale Kontakte immer weiter eingeschränkt. Sie benötigen viele Stunden, um beispielsweise Kontrollgänge in der Wohnung durchzuführen.⁸⁷ Dieser Vorgang kann soweit fortschreiten, dass für die Erkrankten letztendlich keine Zeit mehr bleibt, um den normalen Alltagsabläufen außerhalb des Zwanges nachzugehen. Weiterhin rauben die Zwangsrituale den Betroffenen sehr viel Kraft, sodass sie schließlich von den Handlungen erschöpft sind und aus diesem Grund keinen anderen Aktivitäten mehr nachgehen können.⁸⁸ Für Außenstehende ist es erstaunlich, wie viel Kraft die Personen in ihre Zwangsrituale stecken. Die Betroffenen leiden nicht nur seelisch unter der psychischen Erkrankung. Auch körperlich gehen sie bis an ihre Grenzen und führen ihre Zwangshandlungen bis hin zum Erschöpfungszustand aus, und das, obwohl die betroffenen Personen wissen, dass ihre Zwangshandlungen - beispielsweise in Zeitdauer und Intensität - übertriebene Ausmaße annehmen. Aufgrund dessen werden bei den Erkrankten auch Scham- oder Schuldgefühle erzeugt. Trotzdem ist es ihnen nicht möglich, die Zwänge ohne professionelle Hilfe zu unterbinden.⁸⁹

Schamgefühle haben die Erkrankten ebenso, wenn sie ihren Familienangehörigen, Berufskollegen/Innen oder Freunden/Innen erklären müssen, unter welcher Erkrankung sie leiden. In vielen Fällen versuchen

⁸⁶ vgl. Hoffmann, 1999, S. 134/135

⁸⁷ vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 123

⁸⁸ vgl. Beckmann, 2008, S. 12

⁸⁹ vgl. ebd., 2008, S. 10

die betroffenen Personen ihr zwanghaftes Denken und Handeln zu verheimlichen. Dafür nehmen sie schließlich auch in Kauf, dass sie sich immer weiter von ihrem sozialen Umfeld abgrenzen und folglich völlig isoliert leben. Schlimmstenfalls geben sie auch ihre Arbeitsstelle auf. Damit geht einher, dass sich die Krankheit weiterhin verschlechtert oder nebenher andere psychische Erkrankungen auftreten.⁹⁰ Neben dem Verheimlichen der Zwänge stellt auch die Tatsache, dass die Erkrankten nicht als gestört, verrückt oder unnormal bezeichnet werden wollen, einen Grund für die Isolation der Personen dar. Ihnen ist ihre Situation peinlich und sie wollen nicht von Außenstehenden ausgelacht werden. Daher versuchen die zwangserkrankten Personen ihr Leid nach außen hin zu verbergen.⁹¹

4.2 Rolle des sozialen Umfeldes

Das im vorherigen Gliederungspunkt beschriebene Leid der Betroffenen ist auch für Angehörige nur schwer zu ertragen, da die Zwangsgedanken und Zwangshandlungen für Außenstehende in den meisten Fällen nicht nachvollziehbar sind.⁹² Dies wird in vielen Fällen dadurch bedingt, weil es dem sozialen Umfeld kaum möglich ist, die Persönlichkeit sowie Charaktereigenschaften der erkrankten Personen und die durch den Zwang bestimmten Gedanken sowie Handlungen auseinanderzuhalten.⁹³ Zudem ist es häufig der Fall, dass Familienangehörige oder Partner/Innen von den Erkrankten in deren Zwangshandlungen eingebunden und somit erheblich in ihren Freiräumen eingeengt werden.⁹⁴ Oftmals kommt es sogar so weit, dass das soziale Umfeld von den erkrankten Personen direkt dazu aufgefordert wird, sich an die Rituale oder aufgestellten Regeln der Betroffenen zu halten. Somit erfahren nicht nur die Erkrankten enorme Einschränkungen durch ihre psychische Störung, auch deren Familienangehörige oder Partner/Innen werden in ihren Handlungen

⁹⁰ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. XI/XII

⁹¹ vgl. Hoffmann, 1999, S. 158

⁹² vgl. Beckmann, 2008, S. 19

⁹³ vgl. Fricke und Hand, 2007, S. 119

⁹⁴ vgl. Beckmann, 2008, S. 12

massiv eingeschränkt, sodass auch sie das Gefühl haben, in dem Zwangssystem zu „ersticken“. Denn immer sind es die betroffenen Personen, die mit ihren Zwängen an erster Stelle stehen. Oft müssen deren Familienmitglieder ihren Alltag ganz nach den Zwängen der Erkrankten richten.⁹⁵ Hinzu kommt, dass die Angehörigen von den erkrankten Personen beobachtet werden, damit sich diese sicher sind, dass sich auch die Anderen an die vereinbarten Abfolgen oder Regeln halten.⁹⁶

Ist der Prozess durch die Familienangehörigen oder Partner/Innen schon so weit fortgeschritten, dass sie durch ihr Verhalten die Zwangserkrankten ständig in ihren Zwangshandlungen fördern, definiert man diesen Zustand als eine sogenannte Co-Abhängigkeit der Partner/Innen bzw. Familienangehörigen. Man bezeichnet diese Personen auch als sogenannte Co-Zwängler. Weil die Zwangserkrankten durch die co-abhängigen Personen in ihrem zwangsbestimmten Alltag weitestgehend unterstützt werden, übernimmt der Zwang immer weiter die „Oberhand“ über die Erkrankten und breitet sich somit immer mehr aus. Dies ist von den Co-Abhängigen in der Regel nicht gewollt, doch der Zwang verschafft sich bildlich gesehen nicht nur Macht über die Erkrankten, sondern schließt meist auch das soziale Umfeld mit ein.⁹⁷

Das Einbinden der Angehörigen oder Partner/Innen in die Zwangshandlungen der Erkrankten kann sich darin zeigen, dass die Angehörigen oder Partner/Innen unter anderem bestimmte Dinge für die Erkrankten erledigen sollen, die diese aufgrund ihrer Zwangserkrankung nicht mehr ausüben. Ständig werden die Angehörigen mit vielerlei Fragen der Betroffenen konfrontiert, zu denen ihnen in dem Moment meist gar keine Antwort einfällt, da die Angehörigen sich über derartige Fragen noch nie Gedanken gemacht haben.⁹⁸

Allerdings versucht auch das soziale Umfeld Einfluss auf die Zwangserkrankten zu nehmen, indem die Angehörigen oder Partner/Innen den

⁹⁵ vgl. Beckmann, 2008, S. 12

⁹⁶ vgl. ebd., 2008, S. 27

⁹⁷ vgl. Fricke und Hand, 2007, S. 118/119

⁹⁸ vgl. Beckmann, 2008, S. 12

Erkrankten immerzu sagen, sie sollen ihre Zwangshandlungen unterbinden. Die Erkrankten sind Bemerkungen ihrer Angehörigen zu ihrem Zwangsverhalten ausgesetzt, welche als belastend empfunden werden.⁹⁹ Nicht selten basieren Gesprächsinhalte auf Vorwürfen oder Appelle an die Zwangserkrankten, bei denen die Angehörigen sowie Partner/Innen vergessen, dass die Erkrankten ihre Zwänge nicht mutwillig durchführen, sondern krank sind.¹⁰⁰ Verständnis kann das soziale Umfeld für diese Krankheit nur selten aufbringen.¹⁰¹ Zudem äußern sich die Erkrankten gegenüber ihren Partnern/Innen beleidigend oder lassen ihre Gefühle, wie z. B. Wut, Trauer oder Hass, an ihnen aus, da sie aufgrund ihrer Erkrankung so verzweifelt und hilflos sind. Das Verhältnis zwischen Angehörigen und dem Erkrankten ist dadurch sehr angespannt.¹⁰²

Die Folgen dessen sind sich ständig wiederholende verbale Streitsituationen bis hin zum Auftreten körperlicher Gewalt, Machtkämpfe sowie familiäre bzw. partnerschaftliche Trennungen. Einher geht beiderseits meist das Gefühl von Hilflosigkeit.¹⁰³ Vor allem für partnerschaftliche Beziehungen stellen die Zwänge eine harte Probe dar, denn die Partner/Innen der Erkrankten fühlen sich mit den Gegebenheiten häufig vollkommen überfordert. So kommt es ständig zu Streitereien.¹⁰⁴ Obendrein kann es sein, dass sich die beiden Partner auseinander leben, da sie keine gemeinsamen Unternehmungen mehr durchführen können. Die Zwangserkrankten ziehen sich immer weiter zurück, versuchen ihre Partner/In - soweit es ihnen möglich ist - in ihr Zwangssystem einzuspannen und schließlich scheitert die Beziehung, da sie den alltäglichen Belastungen nicht mehr standhalten kann.¹⁰⁵ Nicht in jedem Fall verläuft es allerdings so dramatisch. Es gibt auch Partner/Innen, die die Erkrankten im positiven Sinne unterstützen und diese auf ihrem Weg bis hin zur

99 vgl. Beckmann, 2008, S. 19

100 vgl. Hoffmann, 1999, S. 160-164

101 vgl. Beckmann, 2008, S. 19

102 vgl. ebd., 2008, S. 36/37

103 vgl. ebd., 2008, S. 12

104 vgl. ebd., 2008, S. 36

105 vgl. ebd., 2008, S. 36/37

professionellen Hilfe begleiten. Deshalb ist es ratsam, dass sich die Angehörigen zunächst über die Erkrankung informieren und Hilfsmöglichkeiten aufsuchen, welche die nötige Beratung bieten. Somit erlangt das soziale Umfeld die nötige Basis für ein gutes Gespräch mit den Zwangserkrankten.¹⁰⁶

5. Waschzwang als typisches Beispiel einer Zwangserkrankung

Der Waschzwang gilt als eine der am häufigsten vorkommenden Zwangsstörungen und soll deshalb ausführlich dargestellt werden. Studien haben herausgefunden, dass Waschzwänge häufiger bei Frauen als bei Männern vorkommen. Die Zahl der Frauen, die unter dieser Form der Zwangsstörung leiden, liegt zwischen 66 und 86 %.¹⁰⁷

Der Waschzwang wird bei den Betroffenen durch Angst ausgelöst. Die Erkrankten haben die Befürchtung, sie könnten sich generell verschmutzt oder mit einer Krankheit angesteckt haben.¹⁰⁸ Zu solch befürchteten Krankheiten zählen u. a. HIV, Hepatitis oder auch grippale Erkrankungen. Weiterhin können auch tierische oder menschliche Ausscheidungen dazu führen, dass die betroffenen Personen Angst- sowie Ekelgefühle verspüren. Die Ängste der Betroffenen basieren auf jeglichen Arten der Verunreinigung oder mit dem Inverbindungkommen von Keimen.¹⁰⁹ Die Folge dessen ist, dass die betroffenen Personen Zwangshandlungen - wie z. B. übertriebenes Händewaschen oder Duschen - ausführen.¹¹⁰

Im Verlauf dieses Abschnittes wird der Waschzwang als typisches Beispiel für eine Zwangserkrankung beschrieben. Zunächst wird hierbei auf den Begriff der Verseuchung eingegangen. Anschließend werden beispielhaft ritualisierte Zwangshandlungen aufgezeigt sowie die speziellen Folgen des Waschzwanges verdeutlicht.

¹⁰⁶ vgl. Hoffmann, 1999, S. 160-164

¹⁰⁷ vgl. Zaudig, Hauke und Hegerl (Hrsg.), 2002, S. 37/38

¹⁰⁸ vgl. ebd., 2002, S. 9/10

¹⁰⁹ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 17

¹¹⁰ vgl. Zaudig, Hauke und Hegerl (Hrsg.), 2002, S. 9/10

5.1 Besonderheiten des Wachzwanges

Betroffene, welche unter einem Waschzwang leiden, unterteilen Gegenstände oder Gegebenheiten oftmals in die Kategorie verseucht oder nicht-verseucht.¹¹¹ Weiterhin berichten Patienten/Innen auch von der Unterteilung in verseucht und unwiderruflich-verseucht. Die Gedanken an verseuchte oder nicht-verseuchte Gegebenheiten sowie Gegenstände begleiten die Betroffenen in jeder Minute, Tag für Tag. Sie befinden sich ständig in der Situation, die Gefahr, die mit der Verseuchung einhergeht, abzuwägen und entsprechende Gegenmaßnahmen anzuwenden.¹¹² Die Zwangserkrankten sehen mit der Zeit immer mehr Gegenstände sowie Situationen als verseucht und bedrohlich an, sodass sie das Gefühl haben, sie würden sich in einer Einbahnstraße befinden.¹¹³ Letztendlich versuchen die Erkrankten jede Situation, in der sie mit verseuchten oder unwiderruflich-verseuchten Gegenständen in Berührung kommen, zu vermeiden. Schließlich werden sie immer weiter in ihren Handlungen eingeschränkt.¹¹⁴

Eine unwiderrufliche Verseuchung ist z. B. ein Arztbesuch. Denn Ärzte/Innen stellen für die Erkrankten eine enorm große Bedrohung dar, da diese mit allen möglichen Körperflüssigkeiten, Bakterien sowie Viren in Verbindung kommen können. Deswegen werden derartige Termine vollkommen vermieden, da eine ärztliche Untersuchung mit Berührungen durch Mediziner/Innen für die Zwangserkrankten aufgrund ihres hohen Angstpotenziales unvorstellbar ist. Zudem wird die Situation durch Dusch- oder Desinfektionsrituale für die Betroffenen auch nicht wieder parabel, sodass ein Arztbesuch für sie als unwiderruflich verseucht gilt.¹¹⁵ Die unwiderruflich verseuchten Gegenstände werden in sogenannten verseuchten Zonen gelagert oder vollends entsorgt. Zwangserkrankte nutzen in ihren Wohnungen bestimmte Schränke oder Zimmer ausschließlich dazu, um dort unwiderruflich verseuchte Gegenstände zu

¹¹¹ vgl. Beckmann, 2008, S. 32

¹¹² vgl. ebd., 2008, S. 31

¹¹³ vgl. ebd., 2008, S. 43

¹¹⁴ vgl. Zaudig, Hauke und Hegerl (Hrsg). 2002, S. 10

¹¹⁵ vgl. Beckmann, 2008, S. 29/30

lagern.¹¹⁶

In die Kategorie der Verseuchung werden Gegenstände oder Situationen eingeordnet, bei denen die entstandene Angst durch Zwangsrituale wieder neutralisiert werden kann. Ein Gegenstand wird beispielsweise so lange gesäubert, bis er für die Betroffenen nicht mehr als verseucht gilt.¹¹⁷ Bei Zwangserkrankten ist es auch üblich, die getragene und ihrer Meinung nach verseuchte Wäsche täglich mindestens einmal in der Waschmaschine zu waschen.¹¹⁸

Damit Betroffene, die unter einem Wasch- oder Reinigungszwang leiden, so wenig wie möglich mit für sie verseuchten Gegenständen in Verbindung kommen, tragen die Zwangserkrankten in vielen Fällen Einweghandschuhe. Dies ist vor allem außerhalb der eigenen Wohnung der Fall.¹¹⁹ Anfangs benötigen die Erkrankten von diesen Einweghandschuhen nur ein Paar. Doch im Laufe der Zeit reicht dieses Paar nicht mehr aus, denn es könnte der Fall eintreten, dass die Handschuhe an einer Stelle ein minimales Loch aufweisen und dann wären die Hände nicht mehr bedeckt. Daher schützen sich die Zwangserkrankten vor ansteckenden Krankheiten sowie Bakterien oder Keimen, indem sie zwei bis drei Paar Einweghandschuhe übereinander tragen. Und dennoch bleiben die anschließenden langandauernden Waschprozeduren nicht aus.¹²⁰

Bei der Rückkehr in die eigene Wohnung, z. B. nach Einkäufen, wird äußerst bedacht vorgegangen. Es wird versucht, so wenig Gegenstände wie möglich zu berühren, ohne vorher ritualisiertes Händewaschen durchgeführt zu haben. Von außerhalb der Wohnung mitgebrachte Gegenstände werden zunächst gereinigt, damit sie wiederum die Wohnung nicht verseuchen.¹²¹ Würde die exzessive Reinigung der in die Wohnung mitgebrachten Gegenstände durch die Zwangserkrankten nicht stattfinden, würde durch den verunreinigten Gegenstand eine Kettenbildung

¹¹⁶ vgl. Beckmann, 2008, S. 29/30

¹¹⁷ vgl. ebd., 2008, S. 29/30

¹¹⁸ vgl. ebd., 2008, S. 31

¹¹⁹ vgl. Fricke und Hand, 2007, S. 15

¹²⁰ vgl. Beckmann, 2008, S. 42/43

¹²¹ vgl. Fricke und Hand, 2007, S. 15

entstehen. Das bedeutet, durch das Berühren des schmutzigen Gegenstandes - eventuell auch durch die Partner/Innen - würden mehr und mehr Dinge in der Wohnung verschmutzt werden. Damit entsteht für den Erkrankten eine unkontrollierbare Situation. Damit keine Verseuchung eintritt und letztendlich die Kettenreaktion ausbleibt, bietet sich für die Betroffenen nur die Möglichkeit, die von außen in die Wohnung mitgebrachten Dinge perfektionistisch zu säubern.¹²²

Patienten/Innen leiden auch unter den Vorstellungen, dass sie selbst aufgrund des Drückens von Ampelknöpfen einen Befall von Bakterien und Keimen erleiden. Wenn die Erkrankten anschließend in ihre Wohnung zurückkehren, sehen sie diese Gegebenheiten als eine große Bedrohung an, da nun beispielsweise von ihnen berührte Türklinken sowie Lichtschalter verseucht werden. Die Folgen sind übertriebenes Säubern der berührten Gegenstände.¹²³

5.2 Waschzwang und Rituale

Erkrankte, die unter einem Waschzwang leiden, verbringen die meiste Zeit des Tages damit, ihre Hände sowie ihren ganzen Körper mehrmals zu waschen und zu desinfizieren.¹²⁴ Für die Zwangserkrankten ist es wichtig, vollste Sicherheit sowie absolute Gewissheit über ihre Handlungen zu erlangen. Können sie diesen Zustand nicht herstellen, verfallen die Erkrankten in Angstzustände, und schließlich wird jedes noch so kleine Problem für sie unlösbar. In Folge setzen bei den betroffenen Personen die Zwangshandlungen in Form von Waschritualen ein, welche wiederum einen Zustand der Erleichterung bedeuten - zumindest für einen Moment.¹²⁵ Da die ausgeführten Zwangsrituale mit Fortschreiten der Krankheit jedoch immer mehr Zeit erfordern und von den Betroffenen auch immer detaillierter ausgeführt werden, tritt folglich auch das Gefühl der Erleichterung immer später ein.¹²⁶ Die Zwangshandlungen können tag-

¹²² vgl. Hoffmann, 1999, S. 103

¹²³ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 18

¹²⁴ vgl. Beckmann, 2008, S.10

¹²⁵ vgl. ebd., 2008, S. 11

¹²⁶ vgl. ebd., 2008, S. 12

täglich - sowie auch nacheinander - mehrere Stunden andauern.¹²⁷ Bei diesen Säuberungsritualen können die Handlungsfolgen jederzeit durch unvorhergesehene Ereignisse gestört werden. Dadurch entspricht der Ablauf und die Folge der einzelnen ritualisierten Zwangshandlungen nicht mehr den Vorstellungen der erkrankten Personen. In diesen Fällen beginnen die Erkrankten ihre Handlungsrituale sehr oft noch einmal von vorn, obwohl ihnen klar ist, dass ihr Verhalten völlig übertrieben ist.¹²⁸ Das Ausführen dieser ritualisierten Handlungen erfordert sehr viel Konzentration, da die Erkrankten immer darauf bedacht sind, dabei keine Fehler zu machen.¹²⁹ Letztendlich ist nur das Körperteil bzw. der Gegenstand wirklich sauber, der von der erkrankten Person mit Hilfe ihrer durchdachten Rituale gereinigt wurde. Zudem können die Erkrankten die Realität nicht mehr wahrheitsgemäß erkennen. Für die betroffenen Personen wird es immer schwieriger, zwischen reellem Schmutz und der befürchteten Unsauberkeit zu unterscheiden. Mit reellem Schmutz ist gemeint, dass dieser wirklich vorhanden und somit auch für nicht erkrankte Personen sichtbar ist. Die Angst, sich zu verseuchen, haben nur die Erkrankten. Für außenstehende, gesunde Menschen ist diese Befürchtung der Verseuchung nicht verständlich.¹³⁰

Bade- und Duschrituale sowie das ritualisierte Reinigen von Gegenständen zählen beim Waschzwang zu den von den Betroffenen ausgeführten Zwangshandlungen.¹³¹ Manche Zwangserkrankte vermischen den Waschzwang auch mit einem Zählzwang. Zählreime und Händewaschen sind für derartige Betroffene untrennbar.¹³² Diese Erkrankten fühlen sich erst dann sauber, wenn sie eine bestimmte Zahl ihres Zählreimes während ihres Waschrituals erreicht haben. Das Problem dabei ist, dass sie sich während des ritualisierten Waschvorganges so auf ihr Zählen konzentrieren, dass der eigentliche Waschvorgang nie vor Erreichen der sich

¹²⁷ vgl. Beckmann, 2008, S. 10

¹²⁸ vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 132

¹²⁹ vgl. Beckmann, 2008, S. 12

¹³⁰ vgl. Schmidt-Traub, 2006, S. 80

¹³¹ vgl. Beckmann, 2008, S.10

¹³² vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 54

gesetzten Endzahl beendet werden kann. Dadurch können die Zwangserkrankten auch kein Gespür für den richtigen Zeitpunkt der Beendigung des Händewaschens - nämlich wenn ihre Hände sauber sind - entwickeln.¹³³

Die folgenden Beispiele verdeutlichen, wie sehr die Betroffenen unter ihrer Zwangserkrankung leiden und wie stark deren alltägliches Leben hierdurch beeinträchtigt ist. Des Weiteren kostet es die Erkrankten enorm viel Kraft, den Lebensalltag und all die Rituale, die von Tag zu Tag zeitintensiver werden, zu bestreiten. Hinzu kommt, dass die Erkrankten versuchen, ihre Zwangsstörung solange wie möglich zu verheimlichen. Eine Therapie wird demzufolge erst nach vielen Jahren begonnen.¹³⁴

In der Literatur von Gielen, Bracht und Reinecker wird das Baderitual eines Betroffenen wie folgt beschrieben: Er führte mehrere Vollbäder hintereinander durch. Diese waren unterteilt, sodass er zunächst sieben Bäder im klaren Wasser nahm, welche keine Badezusätze enthielten, und anschließend das achte und letzte Vollbad ein Schaumbad war. Diese ritualisierten Bäder wurden von dem Betroffenen namentlich benannt, sodass er immer die Gewissheit hatte, auch alle Bäder genommen und keines ausgelassen zu haben. Die Anfangsbuchstaben der von ihm benannten Bäder waren in alphabetischer Reihenfolge geordnet. Für den Betroffenen war es von großer Bedeutung, dass nach jedem vollzogenen Bad das Wasser erst komplett aus der Badewanne abgelassen sein musste, bis er sich neues Wasser einlassen konnte. Wie schon genannt, gab er dem achten Vollbad Badezusatz hinzu. Hierbei handelte es sich jedoch nicht um die vorgeschriebene Menge, sondern der Erkrankte gab beispielsweise eine halbe Flasche, also eine vielfach höhere Dosierung des Schaumbades, in das Wasser. Auch dieses letzte Bad wurde in bestimmten Ritualen durchgeführt, so rutschte der Erkrankte in der Badewanne der Länge nach immer wieder vor und zurück. Dabei zählte er bis zu einer bestimmten Zahl. Erst wenn er das Gefühl hatte, vollkommen sauber zu sein, war es ihm möglich, in seinen Waschritualen fortzuschrei-

¹³³ vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 168

¹³⁴ vgl. Reinecker, 1991, S. 12

ten. Er wusch sich anschließend erneut mit Duschbad zunächst die Haare, dann sein Gesicht. War dieser Vorgang beendet, wusch er beides noch einmal mit frischem klaren Wasser. Wenn schließlich alle Rituale von denen hier nur einige beschrieben wurden, von ihm vollzogen worden waren, folgte der nächste Schritt: das konzentrierte Abtrocknen. Erst wenn der Erkrankte seine zwanghaften Abläufe zu seiner vollen Zufriedenheit ausgeführt hatte, war das Baderitual - welches über viele Stunden andauerte - für ihn vollendet.¹³⁵

Nicht nur das Duschen und Baden ist bei diesen Zwangserkrankten in bestimmte Rituale gegliedert. Auch das Händewaschen wird ritualisiert vollzogen. Die Zwangserkrankten versuchen so wenig wie möglich Gegenstände anzufassen, um sich letztendlich nicht so oft den Ritualen des langandauernden Händewaschens auszusetzen.¹³⁶ In der Literatur von Beckmann führte eine Zwangserkrankte ihr Händewaschritual nach einem Toilettengang wie folgt durch: Zunächst spülte sie ihre Arme sowie Hände mit Wasser, welches heiß sein musste, ab. Hierzu benutzte sie keine Seife. Schon dieser Vorgang dauerte 30 Minuten an. Erst anschließend fanden die tatsächlich ritualisierten Handlungsabfolgen statt. Nun wurden detailgetreu Hände und Arme gewaschen. Dieser Ablauf wurde jedes Mal in derselben Reihenfolge von der Erkrankten durchgeführt. Ebenso war die Anzahl der Waschgänge an den Händen und Armen zur wiederholten Reinigung genauestens festgelegt. Die genannten Körperstellen wurden jetzt mit Seife gewaschen, anschließend geschrubbt und zuletzt nochmals mit Wasser gereinigt. Dieses Ritual erforderte von der Erkrankten enorm viel Konzentration. Sollte hierbei der Fall einer Ablenkung eintreten, blieb ihr keine andere Wahl als diesen gesamten Waschvorgang erneut von Anfang an zu beginnen.¹³⁷ Je nach Gegebenheit - ob durch Berühren von Gegenständen, nach dem Toilettengang oder nach dem Nachhausekommen - erreichten diese Rituale bei dieser zwangserkrankten Patientin

¹³⁵ vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 132-134

¹³⁶ vgl. Beckmann, 2008, S. 28

¹³⁷ vgl. ebd., 2008, S. 31

eine Zeitspanne von 30 Minuten bis hin zu 2 Stunden oder noch länger.¹³⁸

5.3 Folgen des Waschzwanges

Es gibt allgemeine Folgen der Zwangsstörungen, auf die im Verlauf der Arbeit bereits verwiesen wurde. Dieser Abschnitt beschäftigt sich speziell mit den aus dem Waschzwang hervorgehenden Auswirkungen.

Eine häufige Folge ist die Schädigung der Haut. Diese tritt aufgrund der vermehrten Reinigung des Körpers bzw. bestimmter Körperteile sowie durch das häufige Inkontaktkommen mit Reinigungsmitteln, Seifen und Desinfektionsmitteln auf. Die Haut wird zunehmend trockener und bekommt einen weißen Farbton. Sie beginnt sich zu schälen, wird immer dünner, rissiger und beginnt zu bluten. Folglich kommt es zu Ekzemen und Hauterkrankungen.¹³⁹ Ist die Krankheit schon soweit fortgeschritten, dass die Haut Schäden aufweist, treten ebenso Schamgefühle auf, dennoch werden Arztbesuche vermieden.¹⁴⁰

Eine weitere Folge des Waschzwanges kann darin bestehen, dass die unter diesem Zwang Erkrankten enorm an Gewicht verlieren. Dies beruht darauf, dass manche Erkrankte selbst Nahrungsmittel als verseucht ansehen und sie daher nicht mehr zu sich nehmen. Die Erkrankten nehmen mitunter innerhalb weniger Wochen zehn Kilogramm an Gewicht ab. Natürlich bedingt auch der Stress - welcher durch die Zwangserkrankung ausgelöst wird - und die durchzuführenden Rituale, dass die Erkrankten unter Zeitmangel leiden und somit wenig Nahrung zu sich nehmen. Dieser Punkt lässt sich jedoch nicht nur auf den Waschzwang, sondern auch auf andere Zwangsarten beziehen.¹⁴¹

Weitere Folgen des Waschzwanges sind vermehrter Wasserverbrauch und dadurch ansteigende Kosten. Baderituale können bei Zwangserkrankten drei bis acht Stunden andauern.¹⁴² Selbst die mehrmals durchgeführten Waschrituale für die Hände, welche eventuell nur 30 Minuten

¹³⁸ vgl. Beckmann, 2008, S. 28

¹³⁹ vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 30

¹⁴⁰ vgl. Beckmann, 2008, S. 28/29

¹⁴¹ vgl. ebd., 2008, S. 47

¹⁴² vgl. Beckmann, 2008, S. 33

andauern, verbrauchen eine sehr große Menge an Wasser. So benötigen Zwangserkrankte, die unter einem Waschzwang leiden, bis zu mehreren hundert Litern Wasser täglich. Die Folge ist, dass die Wasserkostenabrechnung beträchtlich ansteigt. Außerdem werden für Säuberungsrituale von Gegenständen enorm viele Rollen Küchenpapier oder andere feuchte Tücher, auch literweise Desinfektionsmittel, mehrere Packungen Einweghandschuhe sowie viele Stücke Seifen oder Flaschen Duschbad verwendet und müssen monatlich finanziert werden. Die Folgen sind ansteigende Kosten für diese Ausgaben, was letztendlich auch zu Schulden führen kann.¹⁴³

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Zwangshandlungen - wie z. B. übertriebenes Händewaschen oder Duschen - einerseits direkt in Verbindung mit dem eigenen Körper der erkrankten Personen stehen. Andererseits können sich die ritualisierten Handlungen aber auch vermehrt auf Gegenstände in der Wohnung richten, sodass die Zwangserkrankten beginnen, exzessiv ihre Schlüssel, Kleidung oder Wohnung zu reinigen sowie zu desinfizieren, da sie das Gefühl haben, alles sei unsauber und somit verseucht.¹⁴⁴ Die von den Betroffenen durchgeführten ritualisierten Handlungen sind in der Regel sehr zeitaufwendig, kosten die Erkrankten enorm viel Kraft und bringen auch meist gravierende gesundheitliche Folgen mit sich.

6. Wege aus dem Zwang

Die vorherigen Abschnitte haben verdeutlicht, wie sehr die Erkrankten sowohl psychisch als auch körperlich unter der Zwangserkrankung leiden. In der Regel benötigen Betroffene professionelle Hilfe, um Zwangsgedanken sowie -handlungen zu unterbinden. Im Folgenden sollen nun die vielseitigen Hilfsmöglichkeiten aufgezeigt werden, mit denen es ihnen gelingen kann, den Zwangskreislauf zu durchbrechen.

Erst seit Anfang der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts profitierten die Betroffenen von den Fortschritten der medizinischen sowie therapeu-

¹⁴³ vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 30

¹⁴⁴ vgl. Zaudig, Hauke und Hegerl (Hrsg.), 2002, S. 9/10

tischen Hilfsmöglichkeiten.¹⁴⁵ Zwar bieten sich den Betroffenen eine Vielzahl von Hilfsangeboten, dennoch werden diese von den Erkrankten oft erst in Anspruch genommen, wenn Notlagen - wie z. B. die Trennung von dem/der Partner/In - entstanden sind, denen die Erkrankten auch nach langem Kampf nicht mehr gewachsen sind.¹⁴⁶ Aufgrund der Tabuisierung der Krankheit beginnen die Erkrankten häufig erst dann eine Therapie, wenn die Krankheit schon sehr weit fortgeschritten ist und sich die Zwänge enorm verfestigt haben.¹⁴⁷ In der Literatur findet man die Angabe, dass Zwangserkrankte erst nach einer Dauer von durchschnittlich sieben Jahren professionelle Hilfsangebote annehmen.¹⁴⁸

Im Folgenden werden nun verschiedene Hilfsmöglichkeiten aufgezeigt, welche den Erkrankten helfen sollen, wieder am öffentlichen Leben teilzunehmen. Hierbei wird nur ein kurzer Überblick gegeben, da vor allem die medizinischen und therapeutischen Möglichkeiten ein breites Spektrum aufweisen. Die Soziale Arbeit leistet im Bereich der Zwangserkrankungen bisher nur einen kleinen Anteil an Unterstützung, dennoch bietet sie Beratungs- sowie andere Hilfsangebote für Betroffene und deren Angehörige an.

6.1 Medizinische Maßnahmen

Die Ärzte/Innen sind im Vorfeld der Therapie sowohl ambulant als auch stationär immer die ersten Ansprechpartner, da sie die Erkrankung der zwanghaften Personen diagnostizieren und ihnen den weiteren Behandlungsweg aufzeigen.¹⁴⁹ Die Feindiagnostik wird in der Regel von Psychiatern als Fachärzte/Innen oder Psychologen/Innen gestellt und beinhaltet sowohl Befragungen der Patienten/Innen als auch das Ausfüllen von diagnostischen Fragebögen.¹⁵⁰ Im Weiteren verfügen Ärzte/Innen über alle nötigen Informationen sowie Adressen, die für die Betroffenen hilfreich

145 vgl. Zaudig, Hauke und Hergerl (Hrsg.), 2002, S. 2/3

146 vgl. Süllwold, Herrlich und Volk, 1994/2001, S. 34

147 vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. XI

148 vgl. Süllwold, Herrlich und Volk, 1994/2001, S. 5

149 vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 37

150 vgl. Schmidt-Traub, 2006, S. 59

sind.

Die Aufgabe der Ärzte/Innen ist, die Zwangserkrankten medikamentös einzustellen. Ärzte/Ärztinnen sollten den Erkrankten vorweg vermitteln, dass eine medikamentöse Behandlung keine vollkommene Heilung der Zwangserkrankung bedeutet, sondern die Krankheit lediglich eindämmt. Häufig werden die Erwartungen der Patienten/Innen an ein Medikament viel zu hoch gesetzt, und im Nachhinein treten Enttäuschungen aufgrund der nicht eingetretenen Heilung der Krankheit ein. Aus diesem Grund müssen die Patienten/Innen vorher ausführlich aufgeklärt werden. Wenn es zum Absetzen der Medikamente kommt, beispielsweise aufgrund einer erfolgreichen Psychotherapie, so sollte dies auch immer schrittweise durch die behandelnden Ärzte/Innen, meist sogar stationär - niemals eigenständig - erfolgen. Medikamente, die zur Behandlung von Zwängen und deren begleitenden Erkrankungen eingesetzt werden, sind Antidepressiva, Neuroleptika sowie Benzodiazepine.¹⁵¹

Untersuchungen haben gezeigt, dass mit Hilfe einer medikamentösen Behandlung bei 50 bis 70 % der zwangserkrankten Personen eine Besserung der Symptome zu erreichen ist.¹⁵² Begünstigt wird der Erfolg einer medikamentösen Therapie, wenn zeitgleich eine Psychotherapie begonnen wird. Ein Zusammenspiel beider Faktoren ist also von Vorteil, da eine Psychotherapie durch die Medikamentenwirkung positiv beeinträchtigt wird. Dies zeigt sich darin, dass anhand der Medikamente Ängste abgebaut werden und somit den angstausslösenden Situationen - welche mit Hilfe einer Therapie begegnet werden sollen - entgegengewirkt wird. Weiterhin haben depressive Patienten durch die jeweiligen Medikamente einen besseren Antrieb sowie mehr Konzentration, was wiederum hilfreich für die Psychotherapie ist. Zielführend gelingt ihnen hierdurch eine bessere Mitarbeit innerhalb der Therapie.¹⁵³

¹⁵¹ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 37-39

¹⁵² vgl. Zaudig, Hauke und Hergerl (Hrsg.), 2002, S. 92

¹⁵³ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 37-40

6.2 Psychotherapie

Eine Psychotherapie kann sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden. Eine ambulante Therapie bietet vor allem den Vorteil, dass die Patienten nicht aus ihrem gewohnten Umfeld herausgerissen werden und die von den Therapeuten/Innen gestellten Übungen in ihrem alltäglichen Umfeld durchführen können. In manchen Fällen ist auch vor Beginn einer Therapie aufgrund der zugespitzten akuten Krankheitssituation eine stationäre Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus notwendig. Außerdem gibt es stationäre Therapieeinrichtungen, die sich speziell mit dem Krankheitsbild der Zwangsstörung befassen und die Erkrankten therapieren. Diese Form der Hilfe ist in der Hinsicht positiv, da für die Zwangspatienten/Innen die Möglichkeit besteht, Abstand von ihren Angehörigen oder Partnern/Innen zu gewinnen und sich dadurch die Beziehung zwischen ihnen entspannt. Sowohl ambulante als auch stationäre Therapien bieten Vor- und Nachteile, daher erscheint es als sehr sinnvoll, beide Komponenten miteinander zu verbinden.¹⁵⁴

In einer Psychotherapie ist vor allem eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Hilfesuchenden und dem/der Therapeuten/In von großer Bedeutung. Eine Therapie führt nur dann zum Erfolg, wenn es den Erkrankten auch möglich ist, Gefühle zuzulassen und über ihre Ängste zu sprechen.¹⁵⁵ Therapeuten/Innen sollten im Umgang mit ihren Patienten/Innen sehr geduldig sein und diese keinesfalls unter Druck setzen, nur so lassen sich Therapieerfolge erzielen. Außerdem ist es von großer Bedeutung, die Patienten/Innen in ihren Übungen zu motivieren und sie an die in der Therapie gesetzten Ziele zu erinnern.¹⁵⁶

Ziel einer Psychotherapie ist in diesem Fall, die zur Krankheit beigetragenen Ursachen für den Auslöser der Zwangserkrankungen zu untersuchen und eine Veränderung in dem Zwangsverhalten der betroffenen Personen herbeizuführen.¹⁵⁷ Außerdem sollen den Betroffenen

¹⁵⁴ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 54

¹⁵⁵ vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 182-185

¹⁵⁶ vgl. Beckmann, 2008, S. 93

¹⁵⁷ vgl. Hoffmann, 1999, S. 166

Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, wie sie ihr alltägliches Leben ohne Zwänge sowie Vermeidungsverhalten bestreiten können.¹⁵⁸

In die Kategorie der Psychotherapie ordnet man unter anderem die Psychoanalyse, die Familientherapie, die Gesprächspsychotherapie oder auch die Verhaltenstherapie ein. Basierend auf wissenschaftlichen Feststellungen haben Forscher herausgefunden, dass gerade bei Zwangserkrankungen die Verhaltenstherapie, speziell die kognitive Verhaltenstherapie, die Therapieform ist, welche die häufigsten positiven Verhaltensänderungen zur Folge hat. Die kognitive Verhaltenstherapie beschäftigt sich einerseits mit den gedanklichen Abläufen der erkrankten Personen, andererseits steht das menschliche Verhalten im Mittelpunkt, welches eine Person - laut dieser Therapiemethode - im Verlauf ihres Lebens erlernt hat und welches sich somit auch wieder verlernen lässt.

Bei Antritt einer Therapie ist es von großer Bedeutung, dass die Erkrankten zunächst Wissen über ihre psychische Störung mit Hilfe der Psychoedukation vermittelt bekommen, damit sie einen Einblick in ihr Krankheitsbild gewinnen. In den folgenden Therapien werden mit den Erkrankten vor allem Konfrontationsübungen durchgeführt, die ihnen Hilfestellungen bieten sollen, ihr erlerntes Zwangsverhalten in verhältnismäßige Verhaltensweisen umzuformen.¹⁵⁹ Diese Reizkonfrontationen bezeichnet die kognitive Verhaltenstherapie als sogenannte Expositionsübungen.¹⁶⁰ Die Betroffenen müssen erlernen, mit angstauslösenden Situationen umzugehen, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und andere Möglichkeiten im Umgang mit den Gefühlen finden.¹⁶¹ Das Beschäftigen mit den dabei entstehenden Gefühlen - wie z. B. Angst, Ekel, Unruhe, Schuldgefühle - und das Erarbeiten neuer Bewältigungsmöglichkeiten wird als sogenanntes Reaktionsmanagement definiert.¹⁶² Weiterhin werden Hierarchien erarbeitet, in denen die Erkrankten die Stärke ihrer Ängste

¹⁵⁸ vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 182-185

¹⁵⁹ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 40

¹⁶⁰ vgl. ebd., 2010, S. 41

¹⁶¹ vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 182-183

¹⁶² vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 41

und Zwänge situationsbezogen aufzeigen.¹⁶³ Die Konfrontationsübungen geschehen immer im Beisein der Therapeuten/Innen, welche die Hilfebedürftigen motivierend unterstützen.¹⁶⁴ Ein ebenso wichtiger Punkt, der in einer kognitiven Verhaltenstherapie mit den Erkrankten geübt wird, ist, dass die Zwangserkrankten Hilfe zur Selbsthilfe und somit neue Wege erlernen, wie sie die fehleingeschätzten Situationen und die damit verbundenen sich aufdrängenden Zwangsgedanken neu beurteilen können. Die Erkrankten sollen im Rahmen der Therapie hinterfragen, wie wahrscheinlich es ist, dass die angstausslösenden und als gefährlich angesehenen Umstände tatsächlich eintreten.¹⁶⁵

Inhalte einer Therapie sind weiterhin: Gruppensitzungen, Gestaltungsangebote, Entspannungsverfahren wie z. B. Autogenes Training, sportliche Aktivitäten, Kommunikationstraining sowie verschiedene Übungen, die mit dem Erlernen von Selbstsicherheit in Verbindung stehen. Gerade Gruppentherapien sind ein wichtiger Bestandteil, denn dort verspüren die Erkrankten, dass es noch weitere Personen gibt, die unter derselben Erkrankung leiden. Es werden mitunter auch zwischen den Patienten/Innen Freundschaften aufgebaut, die noch nach Abschluss der Therapie erhalten bleiben. Wichtig sind ebenso Arztgespräche.¹⁶⁶ Außerdem sollten auch die Angehörigen sowie Partner/Innen der Erkrankten in die Therapie anhand von klärenden Gesprächen einbezogen werden. Einerseits werden ihnen die theoretischen Grundlagen der Krankheit vermittelt. Andererseits soll angestrebt werden, dass sie sich durch die Erkrankten nicht mehr in die Zwangsrituale einbinden lassen, sondern selbstbestimmt leben und den Erkrankten auf diesem Wege bei der Bewältigung der Zwangserkrankung unterstützen.¹⁶⁷ Es gehören folglich viele verschiedene Faktoren einer solchen Verhaltenstherapie an.

163 vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 125

164 vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 48

165 vgl. ebd., 2010, S. 49

166 vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 182-185

167 vgl. Beckmann, 2008, S. 151

6.3 Soziale Arbeit

Bisher kommen Sozialarbeiter/Innen nur in wenigen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit direkt mit zwangserkrankten Personen in Verbindung, da der Erstkontakt der Erkrankten in den meisten Fällen zunächst mit Ärzten/Innen und Psychologen/Innen stattfindet. Hinzu kommt, dass Zwangsstörungen als heimliche Krankheit gelten und von den Betroffenen erst dann Hilfe in Anspruch genommen wird, wenn es für sie keinen anderen Ausweg mehr gibt.¹⁶⁸ Dennoch gibt es in der Sozialen Arbeit Bereiche, in denen die Mitarbeiter/Innen den Zwangserkrankten Hilfe zur Selbsthilfe bieten. Sozialarbeiter/Innen haben im Umgang mit Zwangserkrankten generell die Aufgabe, deren Lebensumstände in Gesprächen oder Hausbesuchen abzuklären und schließlich mit den Betroffenen zu verbessern. Zudem führen sie klärende Paar- sowie Familiengespräche, um partnerschaftliche bzw. familiäre Konflikte zu lösen. Weiterhin bieten Sozialarbeiter/Innen themen- sowie gruppenspezifische Hilfsangebote an. Um letztendlich professionell zu handeln, benötigen Sozialarbeiter/Innen bestimmtes Hintergrundwissen über diese Form der psychischen Störung. In jedem Fall ist eine vertrauensvolle, geduldige sowie emphatische Beziehung zwischen dem/der Sozialarbeiter/In und den Betroffenen von großer Bedeutung.

In der klinischen Sozialen Arbeit sind Sozialarbeiter/Innen beispielsweise notwendig, wenn sie in Absprachen mit dem ärztlichen und therapeutischen Personal den zwangserkrankten Patienten/Innen ambulante Angebote vermitteln sollen. Dies geschieht nur im Einverständnis mit den Betroffenen. Zu solch ambulanten Möglichkeiten zählen Selbsthilfegruppen, Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, ambulant betreutes Wohnen oder Sozialtherapeutische Wohnstätten sowie Sozialpsychiatrische Dienste. Diese Hilfsangebote ersetzen dennoch keine spezielle Therapie und sind daher als ambulante Nachsorge anzusehen.

Eine Selbsthilfegruppe kann auch schon vor Beginn einer Therapie aufgesucht werden. Diese Hilfsmöglichkeit sollte von Sozialarbeitern/Innen in jedem Fall angeboten werden, da sie den Erkrankten viele Vorteile

¹⁶⁸ vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 123

bietet. Vor allem Wartezeiten auf einen entsprechenden Therapieplatz können somit überbrückt werden. Bestehende Ängste vor einer Therapiemaßnahme können die Betroffenen in Selbsthilfegruppen abbauen, da sie dort von den Erfahrungen anderer Betroffener profitieren. Außerdem können sich die erkrankten Personen anderen Zwangserkrankten anvertrauen, die ihnen empathisch gegenüber stehen. Das soziale Umfeld der Betroffenen kann für deren Erkrankung meist kein Verständnis aufbringen und daher auch nur schwer mit der Situation umgehen. In den Selbsthilfegruppen lernen die betroffenen Personen andere Zwangserkrankte kennen, die deren Empfindungen mit ihnen teilen und ihnen ihre Erfahrungen sowie Tipps vermitteln.¹⁶⁹ In Selbsthilfegruppen bekommen die Erkrankten von den anderen Gruppenmitgliedern das Gefühl vermittelt, dass sie mit ihren Sorgen ernst genommen sowie bedingungslos akzeptiert und respektiert werden.¹⁷⁰ Zudem merken die Betroffenen, dass sie mit ihrer Erkrankung nicht allein sind, sie durchbrechen ihre Isolation und knüpfen neue soziale Kontakte.¹⁷¹

Erfahrungsgemäß bieten ebenso Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, in denen Sozialarbeiter/Innen tätig sind, professionelle Hilfe an. Diese stellen bestimmte Beratungs- sowie Freizeitangebote für psychisch Kranke und für deren Angehörige zur Verfügung, die sich oftmals in einer völlig ausweglosen Situation sehen. Zu solch tagesstrukturierten Angeboten einer psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle gehören unter anderem Gesprächsgruppen, gemeinsame Ausflüge, gemeinsames Zubereiten von Mahlzeiten sowie sportliche, kreative oder spielerische Tätigkeiten. Bei derartigen Unternehmungen schließen die Betroffenen neue Freundschaften und finden jederzeit vertrauensvolle Ansprechpartner/Innen. Die Mitarbeiter/Innen der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen sind jedoch nicht nur auf Zwangsstörungen spezialisiert, da diese Beratungsstellen Zugang für Menschen mit verschiedenartigen psychischen Erkrankungen bieten. Allerdings sind somit wiederum

¹⁶⁹ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 75/76

¹⁷⁰ vgl. Beckmann, 2008, S. 171

¹⁷¹ vgl. Oelkers und Schink, 2010, S. 75/76

Betroffene, die unter mehreren psychischen Erkrankungen leiden, gut integriert.

Sozialpsychiatrische Dienste bieten aus Erfahrungen der Autorin ebenfalls Beratungsangebote sowie Begleitangebote in krisenhaften Situationen an, die sowohl Betroffene als auch deren soziales Umfeld nutzen können. Sozialarbeiter/Innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes führen auch Hausbesuche durch oder bieten in Krisensituationen Hilfe an. Dies ist vor allem hilfreich, wenn die Betroffenen neben einer Zwangsstörung an einer anderen psychischen Erkrankung leiden und es zu einer akuten Verschlechterung des Allgemeinzustandes kommt. Der Sozialpsychiatrische Dienst kann die Erkrankten daraufhin auf deren Wunsch beispielsweise in ein Krankenhaus begleiten.

Auch Sozialtherapeutische Wohnstätten sind erfahrungsgemäß eine geeignete Möglichkeit zur Integration von Zwangserkrankten in das alltägliche Leben. Gemeint ist hiermit ein ganztagsstrukturiertes Betreuungsangebot, welches die Förderung, die Versorgung und gegebenenfalls die Pflege psychisch Kranker beinhaltet, die aufgrund ihrer beeinträchtigenden Erkrankung nicht mehr in der Lage sind, selbstständig ihr Leben zu führen und somit auf professionelle Hilfen angewiesen sind. Ziel dieser Sozialtherapeutischen Wohnstätten ist, dass die Betroffenen lernen, eine selbstbestimmte Tagesstruktur aufzubauen und folglich wieder selbstverantwortlich handeln. Dieses Betreuungsangebot ist vor allem auch für die Betroffenen von Vorteil, welche unter mehreren psychischen Erkrankungen leiden. Die Beantragung eines solchen Wohnplatzes kann von Sozialarbeitern/Innen mithilfe der Klienten/Innen beim Kommunalen Sozialverband vorgenommen werden. Dieser Antrag kann bereits während eines Klinikaufenthaltes gestellt werden.

Es gibt vereinzelte Anlaufstellen, in denen Sozialarbeiter/Innen Zwangserkrankten professionelle Hilfe anbieten. Hierzu zählen unter anderem verschiedene Beratungsstellen, wie z. B. die Schuldnerberatung oder das Sorgentelefon. Ebenfalls können Sozialarbeiter/Innen vom Allgemeinen Sozialdienst des Jugendamtes mit derart psychisch Kranken in Kontakt

kommen, wenn aufgrund der Zwangsstörung die Versorgung des eigenen Kindes nicht mehr gewährleistet werden kann.

Eine bedeutende Adresse, welche Sozialarbeiter/Innen in jedem Fall an zwangserkrankte Personen weitervermitteln sollten, ist die der Deutschen Gesellschaft für Zwangserkrankungen. Dieser gemeinnützige Verein bietet für Betroffene sowie deren Angehörige Hilfe zur Selbsthilfe. Zu den Angeboten zählen u. a. das Sorgentelefon, ein Internetforum für Informationsaustausch und Diskussionen sowie telefonische Beratung im Hinblick auf spezielle Therapieeinrichtungen.¹⁷²

Aus dem Blickwinkel der Verfasserin sollte die Soziale Arbeit zum Thema Zwangserkrankungen viel mehr Öffentlichkeitsarbeit leisten, indem Sozialarbeiter/Innen beispielsweise spezielle Vorträge für Interessierte anbieten und hierdurch das Tabuthema der Öffentlichkeit nahe bringen. Aufgrund dessen, dass Zwangserkrankungen als heimliche Krankheit gelten, weiß die Gesellschaft nur sehr wenig über diese Form der psychischen Störung.¹⁷³ Vorträge für Betroffene, Angehörige sowie Interessierte würden dem entgegensteuern und damit Erkrankte besser in die Gesellschaft einbinden und ihnen mehr Verständnis und Hilfe entgegenbringen. In Folge dessen würden die Betroffenen möglicherweise zeitiger professionelle Hilfsangebote aufsuchen. Außerdem sollte die Soziale Arbeit mehr präventive Hilfe leisten, indem Sozialarbeiter/Innen gewünschten Zielgruppen aufzeigen, wie sie mit Konflikten und Stresssituationen umgehen können. Hierbei sollte den Personen vermittelt werden, dass es keine Schande ist, in bestimmten Situationen andere Menschen um Hilfe zu bitten oder auch professionelle Hilfen anzunehmen.¹⁷⁴ Den Zielgruppen sollten Möglichkeiten aufgezeigt werden, wo sie in schwierigen Situationen Verständnis finden, nicht allein sind und die Möglichkeit haben, offen über ihre Probleme reden zu können, ohne dabei Schamgefühle zu verspüren.¹⁷⁵

172 vgl. Fricke und Hand, 2007, S. 131

173 vgl. Gielen, Bracht und Reinecker, 2005, S. 123

174 vgl. Beckmann, 2008, S. 96

175 vgl. ebd., 2008, S. 9/10

7. Schlusswort

Im Verlauf der Arbeit wurde das Krankheitsbild der Zwangsstörung näher beschrieben. Hervorzuheben war dabei, welcher starken psychischen Belastung die Erkrankten ausgesetzt sind, wie schnell die Zwänge innerhalb kurzer Zeit das Leben der Betroffenen negativ beeinflussen und dadurch deren Lebensqualität einschränken. Weiterhin wurde dargelegt, dass es aufgrund der scheinbar ausweglosen Situation der Betroffenen zu weiteren psychischen Begleiterkrankungen kommen kann.

Inhaltlich zeigte die Bachelorarbeit auch die Auswirkungen auf die Angehörigen auf, die meistens von den Erkrankten in die Zwangshandlungen einbezogenen werden und somit gezwungen werden, sich an die strikt aufgestellten Zwangsrituale zu halten. Angehörige können für die Situation der Erkrankten meist kein Verständnis aufbringen. Hinzu kommt, dass sie sich selbst hilflos fühlen. Die Beziehung zwischen den Erkrankten und deren Angehörigen ist angespannt, und nicht selten kommt es zu Konflikten zwischen ihnen.

Schlussfolgernd weist eine Zwangsstörung nicht nur die reinen Symptome der Krankheit auf, sondern bringt auch weitreichende Folgen in allen Lebensbereichen mit sich. Das aufgeführte Beispiel des Waschzwanges verdeutlicht, wie sehr die Betroffenen im täglichen Leben unter ihrer Erkrankung leiden und welchem Kampf sie tagtäglich ausgesetzt sind. Das Schlimmste für die Betroffenen ist, dass es ihnen nicht möglich ist, die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen einfach abzustellen, sondern sie sind ihnen bedingungslos ausgeliefert. Die Erkrankten führen die Zwangsrituale bis zum Zustand der psychischen und körperlichen Erschöpfung aus. Da in einem zwangsbestimmten Alltag kaum Zeit für andere Beschäftigungen bleibt, verlieren die Erkrankten den Kontakt zu ihrem sozialen Umfeld und leiden häufig unter sozialer Isolation.

Dennoch gibt es Wege, den Zwangskreislauf zu durchbrechen und die Erkrankung erfolgreich zu besiegen. Dabei sollte allen Beteiligten klar sein, dass der Weg, eine Therapie zu bestreiten, ein langer Weg ist und

vor allem für die Erkrankten selbst sehr anstrengend sowie kräfteraubend ist.¹⁷⁶ Sollten sich die Erkrankten für den Schritt, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, entscheiden, ist es zunächst von großer Bedeutung, dass die Erkrankten nicht nur Wissen über ihre Krankheit erlangen, sondern, dass sie auch die Probleme, welche sich hinter den Zwängen verbergen, herausfinden und aufarbeiten. Erst wenn die Erkrankten selbst erkennen, welche Funktionen die Zwänge in ihrem Leben übernommen haben, können sie mit Hilfe Dritter die Ursachen erarbeiten und den gesamten Zwangskreislauf durchbrechen.¹⁷⁷ An diesem Punkt müssen professionelle Helfer zuerst ansetzen, denn erst wenn die hinter den Zwängen steckenden Ängste oder Konflikte von den betroffenen Personen selbst erkannt und bekämpft werden, können letztendlich Erfolge in der Bewältigung der Zwänge erzielt werden.¹⁷⁸ Um diese Ziele verwirklichen zu können, muss eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den professionellen Helfern und den Erkrankten hergestellt werden. Wunsch der Betroffenen ist es, dass sie in der Bewältigung ihrer Zwänge nicht unter Druck gesetzt werden.¹⁷⁹ Vielmehr wollen die Betroffenen, dass die Therapeuten/Innen oder andere professionelle Hilfeleistende sie geduldig zur Selbsthilfe motivieren und ihnen damit auch Entscheidungsfreiheit überlassen.¹⁸⁰ Die Erkrankten sollen das Gefühl vermittelt bekommen, auch Traurigkeit sowie andere negative Gefühle zulassen zu können. Nur so ist es ihnen möglich, den Umgang mit derartigen Emotionen zu erlernen und diese nicht durch Zwangsverhalten zu neutralisieren.¹⁸¹

Die Hilfsmöglichkeiten wurden im Verlauf dieser Bachelorarbeit aufgezeigt. Die professionellen Helfer müssen auch das soziale Umfeld in die Arbeit mit den Zwangserkrankten einbeziehen. Das ist ebenso ein großer Wunsch der Betroffenen selbst. Ihnen sind klärende Gespräche mit ihren

¹⁷⁶ vgl. Beckmann, 2008, S. 51

¹⁷⁷ vgl. ebd., 2008, S. 95

¹⁷⁸ vgl. ebd., 2008, S. 90

¹⁷⁹ vgl. ebd., 2008, S. 93

¹⁸⁰ vgl. ebd., 2008, S. 162

¹⁸¹ vgl. ebd., 2008, S. 97

Familienangehörigen und Partnern/Innen wichtig, um entstandene Konflikte zu lösen und die Beziehung zu ihnen wiederaufbauen zu können.¹⁸² Neben der medikamentösen Behandlung wird den Zwangserkrankten zu einer kognitiven Verhaltenstherapie geraten. Dieses Angebot sollte von den Betroffenen in jedem Fall angenommen werden. Nur mit therapeutischer Hilfe ist es den Erkrankten möglich, ihre zwanghaften Handlungsmuster abzulegen und stattdessen angepasste Verhaltensweisen zu erlernen.¹⁸³ Auch die Soziale Arbeit stellt Angebote für psychisch Kranke, die unter einer Zwangsstörung leiden, zur Verfügung. Hierzu zählen beispielsweise Selbsthilfegruppen. Weiterhin sollte das Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit auch zur präventiven Arbeit genutzt werden, um das Thema Zwangserkrankungen mit Hilfe von Vorträgen in der Gesellschaft bekannt zu machen.

Um den Erkrankten die Angst vor einem Rückfall für die Zeit nach der Therapie oder nach der Inanspruchnahme von anderen professionellen Angeboten zu nehmen, sollte ihnen eine Perspektive für die Zukunft geboten werden.¹⁸⁴ Durch Hilfe zur Selbsthilfe lernen die Betroffenen, sich erreichbare Ziele zu setzen, neue Freundschaften mit Mitpatienten/Innen oder Kontakte zu Selbsthilfegruppen zu suchen und aufzubauen. Außerdem ist es wichtig, dass die Betroffenen motiviert werden, die Zwangshandlungen zu unterlassen lernen und für ihre gesetzten Ziele zu kämpfen. Nützlich ist hierbei, wenn den Betroffenen durch professionelle Helfer/Innen aufgezeigt wird oder sie sich selbst verdeutlichen, welche positiven Fortschritte sie bereits im Laufe einer Therapie erlangt haben. Außerdem müssen die Erkrankten lernen, sich selbst für Erfolgserlebnisse zu belohnen und zu motivieren.¹⁸⁵ Für die Betroffenen steht während ihrer Erkrankung der Zustand des Erlangens von Sicherheit an erster Stelle. Professionelle Helfer sollten die Erkrankten insoweit unterstützen, dass sie auch nach Inanspruchnahme einer Therapie oder eines Hilfsangebotes

¹⁸² vgl. Beckmann, 2008, S. 170

¹⁸³ vgl. ebd., 2008, S. 17

¹⁸⁴ vgl. ebd., 2008, S. 128

¹⁸⁵ vgl. ebd., 2008, S. 164

den Zustand von Sicherheit erlangen. Das soll jedoch nicht mehr durch Einsetzen von Zwangsverhalten geschehen, sondern durch den Einsatz von Bewältigungsstrategien. Nur so können auch Rückfälle vermieden werden.¹⁸⁶

Ist es den Betroffenen gelungen, ihre Krankheit zu bezwingen, werden sie ein neues Lebensgefühl entwickeln. Das Leben, welches bisher von den sich aufdrängenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen bestimmt wurde, wird nun von den Betroffenen eigenständig bestritten. Für die Betroffenen ist dieser neue Lebensabschnitt mit einem sehr großen Gefühl von Glück verbunden. Aufgrund der erfolgreichen Therapie ist auch das Selbstvertrauen der betroffenen Personen gewachsen, welches ihnen neuen Lebensmut gibt. Nun können sich die Betroffenen nicht nur an den Kleinigkeiten des Lebens erfreuen, sondern sie haben auch die Möglichkeit, vernachlässigte Beziehungen wieder aufzubauen. Neben den Betroffenen selbst genießen auch die Angehörigen den neuen Lebensabschnitt, indem auch sie ihren Tagesablauf wieder selbstbestimmt planen können und sich dabei nicht nach den aufgestellten Zwangsritualen richten müssen. Allerdings sind Rückfälle bei den betroffenen Personen nicht auszuschließen. Doch der imaginäre Werkzeugkoffer, welchen die Betroffenen in ihrer Therapie verinnerlicht bekommen haben und der ihnen in Stresssituationen helfen soll, bietet den Betroffenen eine gute Möglichkeit, um erste Anzeichen eines Rückfalles zu erkennen und ihnen mit möglichen Hilfsstrategien entgegenzuwirken. Deswegen sollten die Betroffenen nicht aufgeben, sondern ihr Selbstvertrauen aufrechterhalten, damit den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen jede Chance genommen wird, um aus dem Innersten der Betroffenen nach außen zu drängen.¹⁸⁷

¹⁸⁶ vgl. Beckmann, 2008, S. 95/96

¹⁸⁷ vgl. ebd., 2008, S. 19-21

8. Literaturverzeichnis

Bücher

Beckmann, Susanne. 2008. Ich besiegte meinen Waschzwang. Innenansicht einer Therapie. Düsseldorf. Patmos Verlag GmbH & Co. KG.

Fricke, Susanne und Iver Hand. 2007. Zwangsstörungen verstehen und bewältigen. Hilfe zur Selbsthilfe. Bonn. Balance buch + medien verlag GmbH & Co. KG.

Gielen, Günther, Susanne Bracht und Hans Reinecker. 2005. Ich bezwinde meinen Zwang. Auseinandersetzung mit einem Waschzwang. Lengerich. Pabst Science Publishers.

Sartory, Gudrun. 1997. Angststörungen. Theorien, Befunde, Diagnostik und Behandlung. Darmstadt. Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Hoffmann, Nicolas. 1999. Zwangshandlungen erkennen, verstehen und überwinden. Hilfe für Betroffene und Angehörige. Zürich. Kreuz Verlag AG.

Oelkers, Carmen und Christine Schink. 2010. Ganz zwanglos?. Wie sich Betroffene und Angehörige aus dem Zwang befreien können. Basel. Beltz Verlag.

Rachman, Stanley. 2000. Angst. Diagnose, Klassifikation und Therapie. Bern. Hans Huber Verlag.

Reinecker, Hans S. 1991. Zwänge. Diagnose, Theorien und Behandlung. Bern. Hans Huber Verlag.

Schmidt-Traub, Sigrun. 2006. Zwänge bei Kindern und Jugendlichen.

Ein Ratgeber für Kinder und Jugendliche, Eltern und Therapeuten.
Göttingen. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Süllwold, Lilo, Jutta Herrlich und Stephan Volk. 1994/2001.
Zwangskrankheiten. Psychobiologie, Verhaltenstherapie, Pharmako-
therapie. Stuttgart. W. Kohlhammer Verlag.

Zaudig, Michael, Walter Hauke und Ulrich Hegerl (Hrsg.). 2002. Die
Zwangsstörung. Diagnostik und Therapie. Stuttgart. Schattauer GmbH.

Internet

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). 2013. HIV/
Aids. http://www.gib-aids-keine-chance.de/wissen/hiv_aids.php.
08.05.2013.

Deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen e.V. (Hrsg.). Jahr
unbekannt. Zwanghaftes Verhalten. Was sind Zwänge?. http://www.zwaenge.de/diagnose/frame_set_diagnose.htm. 30.04.2013.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). 1995-2013. ICD-10-GM. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/>. 08.05.2013.

9. Selbstständigkeitserklärung

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bearbeitungsort, Datum

Unterschrift